

Advocacy-Koalitionen, Policy-Lernen und Wandel im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

Von der
Carl-Friedrich-Gauß-Fakultät
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Sozialwissenschaften (Dr. rer. soc.)
genehmigte Dissertation

von
Matthias Nopper
geboren am 18.07.1986
in Donaueschingen

| | |
|-------------------------|--------------------------------|
| Eingereicht am: | 18.12.2019 |
| Disputation am: | 26.05.2020 |
| 1. Referentin/Referent: | Prof. Dr. Nils C. Bandelow |
| 2. Referentin/Referent: | Prof. Dr. Patrick Hassenteufel |

Druckjahr 2021

Ich habe meine Grenzen gesucht und gefunden. Ein herzliches Dankeschön an meine Familie für die Geduld und Hilfe bei der Suche, ich werde es auch nicht nochmal machen. Von Herzen bedanken möchte ich mich auch bei meinen Zweit-Codierern Herr Doktor Christian Lichthardt und Herrn Felix Holderer sowie bei meinen drei anonymen Gesprächspartnern für die spannenden Experten-Interviews.

Mein besonderer Dank für das langjährige Interesse und die fachlichen Diskussionen – auch über die Dissertation hinaus – gilt meinem Doktorvater Herrn Professor Bandelow sowie meinem Zweitkorrektor Herrn Professor Hassenteufel.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | Zusammenfassung, Einleitung und grundlegende Fragestellungen | 6 |
| 2 | Der Advocacy Coalition Framework..... | 11 |
| 2.1 | Grundlegende Begriffe und Hypothesen des Advocacy Coalition Frameworks | 12 |
| 2.2 | Subsystem, externe Einflüsse und Akteurs-Ressourcen..... | 14 |
| 2.2.1 | Der Subsystem-Begriff | 14 |
| 2.2.2 | Relativ stabile Parameter, Ereignisse, lang- und kurzfristige Gelegenheitsstrukturen 17 | |
| 2.3 | Akteure mit komplexen Belief-Systemen | 19 |
| 2.3.1 | Akteurs-Begriff und Akteurs-Konzept im ACF..... | 19 |
| 2.3.2 | Erweiterungen des Belief-System-Begriffs | 24 |
| 2.4 | Advocacy-Koalitionen und Policy-Broker..... | 34 |
| 2.4.1 | Advocacy-Koalitionen, Koalitionsbildung und Policy-Broker | 34 |
| 2.4.2 | Das Koalitions-Modul in der praktischen Forschung..... | 36 |
| 2.5 | Interaktion, Policy-Lernen und politischer Wandel..... | 39 |
| 2.5.1 | Policy-Lernen..... | 39 |
| 2.5.2 | Politischer Wandel..... | 51 |
| 3 | Das Variablen-Intentionen-Modell für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren | 54 |
| 3.1 | Problemstellung und Begriffsdefinitionen..... | 54 |
| 3.2 | Definitionen | 55 |
| 3.3 | Akteure zwischen Beharren und Verändern von Beliefs..... | 58 |
| 3.3.1 | Intentionen zur Erfassung des individuellen Kontexts von Beliefs | 58 |
| 3.3.2 | Optimierung von Beliefs | 64 |
| 4 | Methodik..... | 85 |
| 4.1 | Erkenntnisinteresse | 85 |
| 4.2 | Datengewinnung..... | 86 |
| 4.2.1 | Methoden der Datengewinnung..... | 87 |
| 4.2.2 | Quellen der Datengewinnung | 92 |
| 4.2.3 | Datenaufbereitung | 93 |
| 4.3 | Konstruktion des Forschungsdesigns | 94 |
| 4.3.1 | Untersuchungsgegenstand | 95 |
| 4.3.2 | Untersuchungszeitraum und Subsystem | 96 |
| 4.3.3 | Belief-Analyse und Policy-Lernen..... | 102 |
| 4.3.4 | Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen..... | 108 |
| 5 | Empirische Untersuchung..... | 116 |
| 5.1 | Ambulante Bedarfssteuerung im deutschen Gesundheitswesen..... | 116 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5.1.1 | Bedarfsplanung und Zulassung | 117 |
| 5.1.2 | Sicherstellung und untergesetzliche Normen | 119 |
| 5.1.3 | Zusammenfassung | 122 |
| 5.1.4 | Belief-Erfassung und Belief-Analyse | 123 |
| 5.2 | Relativ stabile Parameter | 125 |
| 5.3 | 1982-1993: Furcht vor der Ärzteschwemme..... | 128 |
| 5.3.1 | Politisches Programm | 129 |
| 5.3.2 | Beliefs, Theorien und Methoden..... | 135 |
| 5.3.3 | Akteure und Diskurs-Kollektive..... | 146 |
| 5.4 | 1994-2001: Weitgehender Stillstand des Subsystems..... | 157 |
| 5.4.1 | Politisches Programm | 157 |
| 5.4.2 | Beliefs, Theorien und Methoden..... | 158 |
| 5.4.3 | Akteure und Diskurs-Kollektive..... | 163 |
| 5.5 | 2002-2012: Fokus auf Unterversorgung..... | 166 |
| 5.5.1 | Politisches Programm | 167 |
| 5.5.2 | Beliefs, Theorien und Methoden..... | 171 |
| 5.5.3 | Akteure und Diskurs-Kollektive..... | 187 |
| 5.6 | Zusammenfassung zum Subsystem | 198 |
| 5.7 | Beispiel-Akteure..... | 206 |
| 5.7.1 | Andreas Köhler..... | 207 |
| 5.7.2 | Jörg-Dietrich Hoppe | 225 |
| 5.7.3 | Frank Ulrich Montgomery | 253 |
| 5.7.4 | Thomas Kopetsch..... | 280 |
| 5.7.5 | Johann-Magnus von Stackelberg | 292 |
| 5.7.6 | Daniel Bahr..... | 305 |
| 5.7.7 | Philipp Rösler | 318 |
| 5.7.8 | Karsten Vilmar | 330 |
| 5.7.9 | Rainer Richter | 345 |
| 5.7.10 | Jens Spahn..... | 357 |
| 5.8 | Zusammenfassung zu den Akteuren und Überprüfung der Forschungshypothesen | 370 |
| 6 | Fazit | 380 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 7 | Anhang | 388 |
| 7.1 | Abkürzungen, ACF-Hypothesen sowie Prämissen und Forschungshypothesen..... | 388 |
| 7.2 | Regel-Set zur Datenerfassung | 391 |
| 7.3 | Ergebnisse der Reliabilitätstests | 393 |
| 7.4 | Liste aller Beliefs der Datenbank..... | 394 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 408 |

Der besseren Lesbarkeit halber wurden Personengruppen in dieser Arbeit meist in der männlichen Ausprägung beschrieben. Selbstverständlich sind damit aber immer auch Personen aller anderen Geschlechter gemeint.

1 Zusammenfassung, Einleitung und grundlegende Fragestellungen

Im ersten Kapitel soll dem Leser mit einer Zusammenfassung der Arbeit der Einstieg in das Thema erleichtert werden. Zudem wird ein Überblick über ihren Aufbau und die wichtigsten Fragestellungen darin gegeben.

Zusammenfassung

In dieser Dissertation wird die Frage untersucht, unter welchen Umständen Akteure in der Perspektive des Advocacy Coalition Frameworks (ACF) Policy Core Beliefs erwerben, verändern oder löschen beziehungsweise ihr Belief-System auf der Ebene der Policy Core Beliefs unverändert beibehalten. Um die Antwort geben zu können, wird zunächst aufgezeigt, dass im Verlauf der ACF-Forschung der Begriff des Policy Core Beliefs verändert wurde: Zu Beginn noch verstanden als normativer und abstrakter Belief, wurden die inhaltliche Reichweite über das gesamte Subsystem und die hohe Salienz für die Subsystem-Mitglieder in späteren Fassungen die definierenden Kriterien. Damit wird es zwar möglich, auch Subsysteme zu untersuchen, in denen die empirisch geprägten Policy Core Policy Preferences den Diskurs bestimmen. Da empirische Phänomene im ACF leichter von den Konfliktparteien bewertet werden können, muss man aber auch eher mit Lernen an dieser Stelle rechnen. Dieser *analytische Zugang* ist nur einer von mehreren Faktoren im ACF, die Policy-Lernen begünstigen oder hemmen. Als weitere Faktoren werden eine *selektive Wahrnehmung* der Realität durch die Akteure, ihre *Erfahrung mit den Argumenten ihrer Gegner* und deren systematische Verteufelung und Überschätzung durch den *devil shift* identifiziert. Zudem können gegenseitige Anpassung und Gruppendruck im Rahmen der *sozialen Kohäsion* und die Konfrontation mit *Ereignissen und Informationen* einen fördernden oder hemmenden Einfluss auf Lern-Prozesse haben. Diese Faktoren werden als Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen zusammengefasst und machen die eine Hälfte der Erklärung von grundlegendem Policy-Lernen und -Beharren aus. Grundlage der anderen Hälfte ist die Annahme, dass Policy Core Beliefs eine individuelle Bedeutung für einen Akteur haben und in unterschiedlichen Kausalketten gedacht und begründet werden können. Subsysteme und die darin diskutierten Beliefs sind zudem ineinander verschachtelt, so dass sie sich gegenseitig beeinflussen können. Einflüsse aus einem Subsystem, die Belief-begründend in einem anderen wirken, werden *übergeordnete Beliefs* genannt und können ebenfalls determinierend auf das Er- und Verlernen von Policy Core Beliefs oder ihre Aufrechterhaltung wirken. Es ist daher notwendig, nicht nur einen einzelnen Policy

Core Belief zu analysieren, sondern zu prüfen, aus welchen argumentativ übergeordneten Beliefs er begründet wird. Diese Existenz einer unterschiedlichen Ableitung wird in der Forschungshypothese 1 postuliert. Theoretisch begründet wird die Bündelung konsistenter Beliefs mit dem Konzept der *Intentionen*, welches aus dem *reasoned action approach* von Fishbein und Ajzen abgeleitet wird. Diese sind enger gefasst als ein komplettes Belief-System, betrachten aber Kausalketten und können auch Einflüsse anderer Subsysteme erfassen. Innerhalb der Intentionen sind es die Deep Core Beliefs und die übergeordneten Beliefs, welche der Akteur unbedingt umsetzen will, selbst wenn dies bedeutet, die Beliefs der Policy Core-Ebene erweitern oder reduzieren zu müssen. Beide Wirkungskräfte werden im *Variablen-Intentionen-Modell für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren* zusammengefasst. In diesem Modell wird ein Akteur einen Policy Core Belief dann aufrechterhalten, wenn sowohl die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen als auch die Intentionen für seine Beibehaltung sprechen. Sind die Faktoren so ausgeprägt, dass der Akteur mit grundlegendem Policy-Lernen Vorteile erlangen oder Nachteile vermeiden kann, wird er einen bestehenden Policy Core Belief verändern oder löschen oder einen neuen Policy Core Belief in sein Belief-System aufnehmen. Diese Annahme wird als zweite Forschungshypothese formuliert.

Um das VIM und die mit ihm verbundenen Forschungshypothesen zu testen, wird als Fallstudie das Subsystem der ambulanten Bedarfssteuerung im deutschen Gesundheitswesen von 1982 bis 2012 untersucht. In diesem Subsystem werden die legislativen Grundlagen diskutiert, geschaffen und exekutiert, mit denen die Verteilung von ambulant tätigen Ärzten nach Fachgebiet und Region gesteuert werden soll. Neben der eigentlichen Bedarfsplanung fällt hierunter auch die Sicherstellung, das heißt der Umgang mit regionaler oder fachlicher Unter- und Überversorgung beziehungsweise Fehlverteilung von Ärzten. Im Zuge der Fallstudie zeigte sich, dass zu Beginn der 2000er-Jahre ein Paradigmenwechsel stattfand, bei dem die dominante Sichtweise nicht mehr darin bestand, eine massive Überversorgung, die sogenannte Ärzteschwemme zu beklagen. Begriffe wie „Landarztmangel“ prägten stattdessen nun den Diskurs und führten gegen Ende des Untersuchungszeitraums zu Gesundheitsreformen, mit denen die Niederlassung in ländlichen oder sozial benachteiligten Regionen gefördert werden sollte. Zur Datenerfassung wurden Artikel aus verschiedenen Zeitungen und Magazinen einer Belief-Analyse unterzogen. Dabei handelt es sich um eine Methode, bei der Aussagen zahlreicher individueller Akteure in einer Datenbank codiert werden. So können Verteilungen von Beliefs im Zeitverlauf und auf unterschiedliche Gruppen von Akteuren aufgezeigt werden.

Auch kann man untersuchen, welchen Anteil an allen Beliefs ein Individuum vertritt und welche Beliefs besonders wirkmächtig während seiner Zeit im Subsystem waren. Zehn Beispiel-Akteure wurden ausgewählt und auf Lern-Prozesse auf der Ebene der Policy Core Beliefs untersucht. Dabei zeigte sich, dass derartiges Lernen nicht selten war, aber hauptsächlich der Verfeinerung der bestehenden Argumentationsstruktur diente oder das Ausmaß eines bestimmten Problems besser beschreiben sollte. Größere inhaltliche Veränderungen waren selten und konnten nur bei Akteuren beobachtet werden, die vor und nach dem Paradigmenwechsel tätig waren. Da die Beispiel-Akteure gleiche Policy Core Beliefs unterschiedlich begründeten und sich alle Fälle von grundlegendem Policy-Lernen beziehungsweise -Beharren so verhielten, wie dies in der zweiten Forschungshypothese postuliert wurde, konnten beide Forschungshypothesen für diese Arbeit als bestätigt gelten.

Aus dieser Arbeit geht als wichtigste Erkenntnis hervor, dass Policy Core Beliefs nur in Abhängigkeit von logisch höherrangigen Beliefs stabil sind. Sie, wie auch die Subsysteme, in denen sie wirken, haben nur eine dreifach relative Bedeutung: Im Zeitverlauf, in dem ihre Salienz für viele Akteure durch Einflüsse wie Wahljahre, die öffentliche Meinung, kurzfristige Unfälle oder ökonomische Faktoren schwanken kann. Für den einzelnen Akteur, der Policy Core Beliefs und Subsysteme als essentiell oder nachgeordnet betrachten kann. Und in Bezug zu anderen Subsystemen, deren Einflüsse derart bedeutend sein können, dass sie die diskutierten Beliefs verändern oder erweitern können. Als Konsequenz wird vorgeschlagen, Policy Core Beliefs vom Attribut unbedingter Stabilität zu befreien. Diese sind dann immer noch der Auslöser von Kooperation und Konflikt, formen den Diskurs in einem Subsystem und bleiben der Begriff, mit dem dessen wichtigste Beliefs beschrieben werden. Auch findet Lernen auf dieser Ebene nicht täglich und wegen trivialer Gründe statt. Policy Core Beliefs sind aber nur die Ableitung eines Subsystem-übergreifenden Kerns von Überzeugungen und werden verändert, erweitert oder gelöscht, falls sie nicht mehr den besten Weg darstellen, diesen Kern im Subsystem umzusetzen.

Einleitung

Mit dem Advocacy Coalition Framework (ACF) steht in der Politikfeldanalyse ein Ansatz zur Verfügung, der sich neben anderen Vorzügen auch dadurch auszeichnet, dass er eine Vielzahl politischer Prozesse in unterschiedlichen Ländern und Politikfeldern erklären kann. Er ist dabei über die Jahre immer weiter verbessert worden und enthält mittlerweile einen umfangreichen Satz an Hypothesen¹, Mechanismen und Feldstudien, ohne eine beherrschbare Anzahl von Grundannahmen aus den Augen zu verlieren. Wie Jenkins-Smith, Nohrstedt, Weible und Sabatier in ihrer Inventur über Inhalt und Forschungsstand des Ansatzes feststellen, hat sich in der Vergangenheit aber auch gezeigt, dass Phänomene existieren, die mit dem derzeitigen theoretischen Konzept nicht zu erfassen sind (Jenkins-Smith et al. 2014). Eines dieser Probleme ist die Veränderung von Policy Core Beliefs individueller Akteure. Diese bilden die Mittelebene in deren Belief-Systemen und sind in der Theorie weitgehend immun gegen Policy-Lernen. Zahlreiche Untersuchungen fanden allerdings zu viele Beispiele für derartige Prozesse, als dass man von Messfehlern oder bloßen Anomalien sprechen könnte (Eberg 1997; Elliott und Schlaepfer 2001; Larsen et al. 2006; Heikkila et al. 2014). Ihre Erforschung ist aber in der Praxis auch deshalb schwierig, weil nicht klar ist, ob der Akteur seine Aussagen situativ anpasst, oder tatsächlich lernt (Heikkila et al. 2014, S. 81). Zudem existieren nur wenige Vergleichsmöglichkeiten mit bestehenden Arbeiten. Um Veränderungen auf dieser Ebene der Beliefs erklären zu können, regen die Autoren daher zu weiterer Theoriebildung an. Mit der vorliegenden Arbeit über grundlegendes Policy-Lernen individueller Akteure beziehungsweise ihrem Beharren auf bestehenden Policy Core Beliefs soll ein Beitrag zu diesem Forschungsziel geleistet werden. Ihr Aufbau gliedert sich in folgende Kapitel:

- In Kapitel 1 werden zunächst grundlegende Fragestellungen vorgestellt, welche die theoretische, methodische und empirische Ausgestaltung der Arbeit prägen werden.
- In Kapitel 2 werden die wichtigsten Module des ACF vorgestellt. Dabei wird schwerpunktmäßig einerseits darauf eingegangen, warum überhaupt eine Lücke bei der Erklärung von grundlegendem Policy-Lernen bei eigentlich unveränderlichen Policy Core Beliefs entstanden ist. Andererseits werden bestehende ACF-Elemente identifiziert, welche für die zu entwickelnde Erklärung herangezogen werden können.

¹ Eine Zusammenfassung der Hypothesen des ACF findet sich auf Seite 421 ff.

- Aus diesen Elementen sowie weiteren Erkenntnissen der Politikfeldanalyse, der Sozialpsychologie und eigenen Gedanken wird in Kapitel 3 ein Ansatz entwickelt, welcher sowohl grundlegendes Policy-Lernen als auch die Aufrechterhaltung von Policy Core Beliefs erklären kann. Dieser Ansatz wird als *Variablen-Intentionen-Modell für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren* (VIM) bezeichnet. In diesem Kapitel werden auch die Forschungshypothesen zu seiner empirischen Überprüfung formuliert. Eine graphische Darstellung auf Seite 85 soll dem Leser einen leichteren Überblick über alle theoretischen Bestandteile dieser Arbeit ermöglichen.
- In Kapitel 4 werden die Methoden für den zu nutzenden Analyserahmen sowie den Forschungshypothesen entgegengesetzte Nullhypothesen erarbeitet.
- Die empirische Anwendung des Modells erfolgt in Kapitel 5 anhand des Subsystems der Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Dabei wird zunächst das Subsystem als Ganzes vorgestellt, um einen Überblick über wichtige Parameter, wie Ereignisse, Belief-Verteilungen, politische Programme etc. zu geben. Danach wird für zehn Beispiel-Akteure überprüft, unter welchen Umständen sie Policy Core Beliefs erwarben, veränderten, löschten oder aufrechterhielten.
- Zuletzt wird ein Fazit gezogen, ob sich die Forschungshypothesen oder die Nullhypothesen bewahrheitet haben. Zudem wird resümiert, welche grundlegenden Erkenntnisse sich aus dem Untersuchungsfall ergaben.

Untersuchungsgegenstand ist die Bedarfssteuerung² im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens auf nationaler Ebene. In diesem Subsystem wird vor allem diskutiert und definiert, wie viele Ärzte es pro Fach und Gebiet geben sollte und mit welchen Mitteln dieses Plansoll gegen ein Ist an zu vielen oder zu wenigen Ärzten durchgesetzt werden kann. Hier deuteten Recherchen vor Beginn der Arbeit darauf hin, dass individuelle Akteure ihre Einstellungen zur gegenwärtigen und wünschenswerten Ausgestaltung dieses gesundheitspolitischen Teil-Politikfeldes im Verlauf des Untersuchungszeitraumes verändert haben könnten. So schienen Begriffe wie die „Ärztenschwemme“ ab den frühen 2000er-Jahren an Bedeutung verloren zu haben, während Topoi wie der „Landarztmangel“ einen stärkeren Widerhall in Politik und Medien fanden. Daher erscheint dieser Gegenstand geeignet, um

² Mit diesem Oberbegriff sollen die beiden Unterbegriffe Bedarfsplanung und Sicherstellung zusammengefasst werden. Auf letztere wird nur zurückgegriffen, wenn deren präzisere Bedeutung benötigt wird.

grundlegendes Lernen zu untersuchen. Nicht im Fokus der Analyse stehen Aspekte, welche über den Untersuchungszeitraum hinausragen, nicht den ambulanten Sektor betreffen oder keinen Bezug zur Bedarfssteuerung in Deutschland haben. Dazu gehören etwa die stationäre Bedarfsplanung, Bedarfssteuerung in Nachbarländern oder allgemeine Finanzierungsfragen. Eingeschlossen werden hingegen Themen, die von den Akteuren selbst in Zusammenhang mit der ambulanten Bedarfssteuerung gesetzt wurden. So zeigte sich in der Vorrecherche beispielsweise, dass der demographische Wandel oft mit Fragen nach der wünschenswerten geographischen und fachlichen Arzt-Verteilung in Verbindung gestellt wurde.

Grundlegende Fragestellungen

Bei der Konzeption dieser Arbeit standen zu Beginn folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Welche Eigenschaften werden Policy Core Beliefs im ACF zugesprochen?
- Auf welche Elemente bereits existierender Arbeiten kann aufgebaut werden?
- Welche Definition von Lernen soll für die Arbeit herangezogen werden?
- Warum verändert ein Akteur einen Policy Core Belief oder lässt ihn bestehen?
- Wie lässt sich grundlegendes Policy-Lernen messen?

2 Der Advocacy Coalition Framework

Die folgenden Abschnitte sind so aufgebaut, dass sie den jeweiligen Forschungsstand in der ACF-Literatur einschließlich von Kritik und Anpassungen, die im Verlauf an ihm vorgenommen wurden, vorstellen. Auf diese Weise soll aufgezeigt werden, durch welche Diskurse der Ansatz seine heutige Form erlangt hat und welche Probleme bei der Erarbeitung eigener theoretischer und methodischer Konzepte beachtet werden müssen. Die Gliederung orientiert sich an den einzelnen Modulen des ACF: Subsystem, Akteur und Belief-System, Advocacy-Koalitionen und Policy-Broker, Interaktion, Policy-Lernen und (grundlegender) Policy-Wandel. Allerdings sind nicht alle Aspekte für die Untersuchung von grundlegendem Policy-Lernen und Nicht-Lernen relevant. Daher werden nur die Module des ACF näher behandelt und in Kapitel 4 für die empirische Untersuchung operationalisiert, die für die Fragestellung benötigt werden. Die wichtigste Erkenntnis dieses Kapitels ist, dass auf der theoretischen Ebene vor allem die Erweiterung des Policy Core-Begriffs dazu beigetragen hat, dass die Annahme von dessen besonderer Stabilität nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Daneben erschwert die sehr allgemein formulierte Definition von Policy-Lernen die Klassifizierung und damit Erklärung von

Lernprozessen. Als Vorarbeit für die Entwicklung des VIM wird daher bereits in diesem Kapitel eine Bestimmung des zu verwendenden Lernbegriffs durchgeführt.

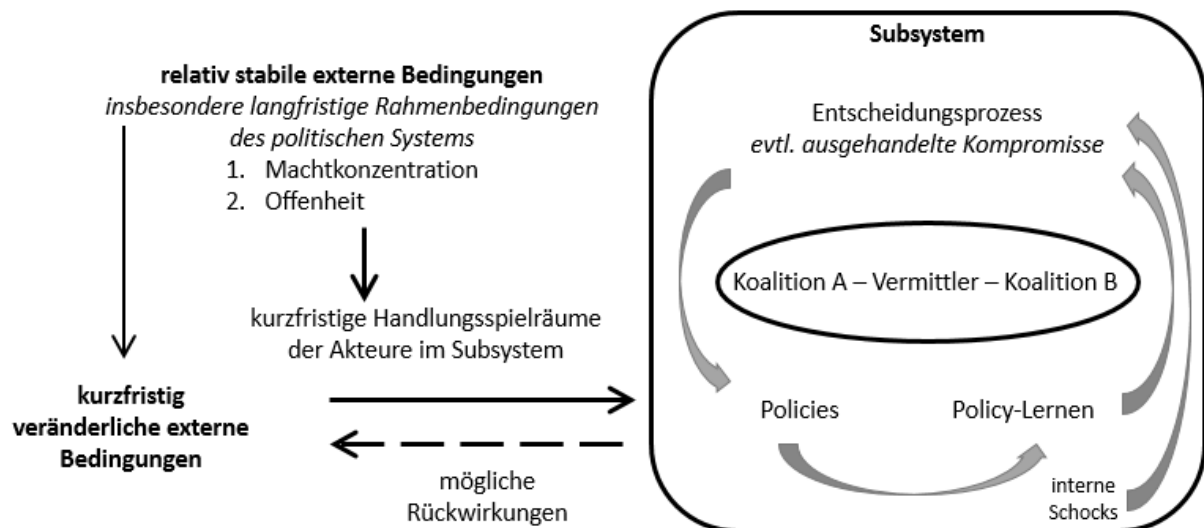
2.1 Grundlegende Begriffe und Hypothesen des Advocacy Coalition Frameworks

Zum besseren Verständnis der Prinzipien und des Vokabulars des ACF werden zunächst seine wesentlichen Elemente in einem verkürzten Überblick vorgestellt, ehe auf die einzelnen Module im Detail eingegangen wird. Da mit den neueren Versionen des Ansatzes auch zusätzliche Hypothesen veröffentlicht und Schwachpunkte des Modells überarbeitet wurden, wird grundsätzlich der ACF in der von Jenkins-Smith et al. veröffentlichten Fassung (2014) als theoretische Grundlage herangezogen. Alle Begriffe und Module des ACF im Rahmen dieser Arbeit sind – sofern nicht explizit anders hergeleitet – im Sinne der dort vorgegebenen Definitionen zu verstehen. Der ACF wurde nach Jenkins-Smith et al. insbesondere dazu entwickelt, Lernprozesse und alle Arten von Veränderungen im Politikfeld in einer Langzeit-Perspektive nachvollziehen zu können und dabei eine Vielzahl von Akteuren, Strukturen und Umwelt-Bedingungen zu berücksichtigen (2014). Er enthält auf der Mikro-Ebene Akteure mit subjektiven Weltbildern, den Belief-Systemen. Diese bestehen aus drei unterschiedlichen Arten von Beliefs, den Deep Core Beliefs, Policy Core Beliefs und Secondary Aspects. Sie sind hierarchisch aufgebaut, das heißt Deep Core Beliefs beinhalten allgemeine Ansichten über den wünschenswerten und den realen Aufbau der Welt, Policy Core Beliefs beziehen sich auf Ist und Soll der Subsystem-Ausgestaltung und Secondary Aspects sind Hilfs-Annahmen zur Umsetzung der Policy Core Beliefs im Subsystem. Die Beliefs wurden in Sozialisationsprozessen vor der Entscheidungssituation erlernt, das Handeln des Akteurs wird also nicht allein von exogenen Kräften bedingt. Auf der Meso-Ebene beschreibt der ACF kollektives Handeln in Form von Koalitionen, zu denen sich Akteure anhand von Belief-Kongruenz zusammenschließen. Da nicht jeder Akteur gleich viele Ressourcen einbringen kann und ein gleichstarkes Interesse an der Bearbeitung des Problems hat, gibt es in Koalitionen Haupt- und Hilfs-Mitglieder. Gegensätzliche Beliefs führen dagegen zu Konflikt. Auf der Makro-Ebene agieren die Koalitionen unter verschiedenen Einflüssen in Subsystemen mit geographischen und strukturellen Eigenschaften (Sabatier und Weible 2007, S. 191–192). Zu diesen Einflüssen gehören einerseits externe und interne Ereignisse, die sowohl die Belief-Systeme beeinflussen als auch die Machtverhältnisse im Subsystem verändern können. Andererseits existieren eine Reihe relativ stabiler Parameter, die sowohl die Problemstruktur als auch wesentliche

Eigenschaften des dem Subsystem übergeordneten politischen Systems enthalten. Diese Kräfte wirken durch zwei Sorten von Filtern. Während die langfristigen Gelegenheitsstrukturen auf den Zugang zu den Entscheidungsarenen des Subsystems und notwendige Mehrheiten für Wandel abheben, sind kurzfristige Beschränkungen und die Ressourcen der Akteure die Grundlage um Chancen auch nutzen zu können, die sich ihnen innerhalb und außerhalb des Subsystems bieten. Grundlegender Wandel kann im ACF auf vier Grundlagen beruhen. Neben den externen und internen Ereignissen kommen dafür Policy-Lernen und Verhandlungslösungen infrage. Als Lernen wird eine anhaltende Veränderung in Denken und Handeln eines Akteurs bezeichnet. Dieser Prozess findet im ACF kontinuierlich statt. Ein Set von Hypothesen mit Schwerpunkten auf Koalitionen, Policy-Lernen und Policy-Veränderungen verbindet diese Elemente und Ebenen. Aufgrund der Erfahrungen aus über 30 Jahren der Anwendung zur Beantwortung von Fragestellungen aus verschiedenen politischen Systemen und Politikfeldern wurde er zudem immer wieder überarbeitet. Ein großer Teil der Neuerungen wurde in den Hauptwerken über den Advocacy Coalition Framework integriert, darunter werden im Rahmen dieser Arbeit Sabatier (1988), Sabatier und Jenkins-Smith (1993, 1999), Sabatier und Weible (2007) sowie Jenkins-Smith et al. (2014) verstanden. Zusätzlich haben aber auch zahlreiche weitere Autoren Anpassungen am Modell des Individuums, den Koalitionen, den Subsystemen, dem Lernmodell oder den Annahmen über weitreichende Veränderungen vorgenommen. Sabatier und Jenkins-Smith haben den Ansatz nicht statisch gesehen, sondern als Subjekt wissenschaftlichen Fortschritts, durch den immer weitere Verbesserungen und Anwendungsfelder möglich werden (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 185–186). In diesem Verständnis sind Überarbeitungen dann wünschenswert, wenn sie Policy-Veränderungen im Verlauf eines Jahrzehnts oder mehr besser erklären können, dabei aber gleichzeitig konsistent mit den bestehenden Kern-Elementen des Ansatzes sind (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 152–154). Zu den unveränderlichen Kern-Elementen gehören nach Sabatier und Jenkins-Smith (1) das Subsystem als hauptsächliche Analyse-Einheit, (2) das Modell von Individuen mit komplexen Ziel-Strukturen und subjektiven Wahrnehmungen, (3) Policy-Lernen als wichtige Quelle von Policy-Veränderungen, (4) die Anordnung der Individuen in Advocacy-Koalitionen mit Mitgliedern aus unterschiedlichen Institutionen, (5) Belief-Systeme und politische Programme, die aus Wahrnehmungen und Zielen bestehen, deren Elemente in einer Hierarchie miteinander verknüpft sind, sowie (6) dem Streben der Koalitionen, die Vertreter der Regierung und andere Entscheidungsträger von der Richtigkeit ihrer Belief-Systeme so zu überzeugen,

dass sie in politische Programme einfließen. Diese iterative Theoriebildung ist ein Charakteristikum des ACF (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 186–187) und ermöglicht es, seine Erklärungskraft auf immer neue Phänomene zu erweitern.

Abbildung 1: Überblick über den Advocacy Coalition Framework



Quelle: Übernommen aus Bandelow (2015, S. 319)

2.2 Subsystem, externe Einflüsse und Akteurs-Ressourcen

Subsystem ist ein Summen-Begriff für eine Gruppe von Akteuren, die miteinander zu einem politischen Problem mit geographischer und struktureller Ausdehnung interagieren. Sie werden durch verschiedene Formen von Strukturen geprägt, die Handlungen erst ermöglichen oder beschränken. Dazu gehören nicht nur rechtliche Strukturen, sondern auch die Eigenschaften des Problems und der Charakter der Interaktion. Als Bindeglied zwischen dem Subsystem und seiner Umwelt stehen kurzfristigen Beschränkungen und Ressourcen, die die Akteure in die Koalitionen einbringen können. Sie entscheiden, ob eine Koalition die Chancen ausnutzen kann, die sich aus externen Einflüssen bieten.

2.2.1 Der Subsystem-Begriff

Ein Subsystem ist eine Interaktionseinheit, bestehend aus einer Anzahl von Akteuren, die sich in einem geographischen Gebiet mit einem bestimmten politischen Problem beschäftigen (Sabatier und Weible 2007, S. 126). Damit unterscheidet es sich zum einen von Interaktions-Einheiten wie dem Politikfeld, welches inhaltlich spezifischer ist. Ein Subsystem kann dagegen auch Inhalte mehrerer Politikfelder umfassen. Da Akteure aus allen Schichten, Berufen und

Gruppen der Gesellschaft prinzipiell Teil eines Subsystems sein können, unterscheidet es sich zum anderen von geschlossenen Interaktions-Einheiten wie dem eisernen Dreieck. Stattdessen übt eher die technische, juristische und soziale Komplexität eines Themas Druck zur Spezialisierung aus. Sabatier hebt hervor, dass in vielen Situationen der Generalist dem Spezialisten unterlegen sei, wenn es darum geht, eine Entscheidung im eigenen Sinne zu beeinflussen (Sabatier 1988, S. 138). Bei der geographischen Dimension des Subsystems kennt der ACF keine natürlichen Grenzen, es kann sich in einem Mehrebenensystem von der lokalen bis zur globalen Ebene erstrecken (Sabatier und Weible 2007, S. 126). Dasselbe gilt für die strukturelle Dimension, sie kann von eng umgrenzten Themen bis zu ganzen Politikfeldern reichen. Policy Core Beliefs tangieren *per definitionem* in ihrer Relevanz und ihren Auswirkungen das gesamte Subsystem und alle seine Akteure. Durch die Ermittlung des Subsystems ergibt sich also der Schlüssel zur Trennung von Policy Core Beliefs und Secondary Aspects und daraus die Trennung zwischen oberflächlichem und tiefgreifendem politischem Wandel (Zafonte und Sabatier 1998, S. 476). Die angemessene Ermittlung der geographischen und strukturellen Grenzen kann mitunter schwierig ausfallen, denn Subsysteme können sich in Bezug auf diese Dimensionen überlappen und ineinander verschachtelt sein (Sabatier 1998, S. 114). Diese Verschachtelung kann auch zu Veränderungen im politischen Programm führen, denn Einflüsse aus anderen Subsystemen zählen zu den externen Ereignissen (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 194; Jones und Jenkins-Smith 2009). Gerade dieser Aspekt wird in Abschnitt 3.2.2 noch besonders relevant werden. Zudem sind manche Akteure Mitglied in mehreren Subsystemen (Sabatier und Weible 2007; Zafonte und Sabatier 1998). Der Austausch zwischen Subsystemen kann freiwillig, durch Interdependenzen aus der Natur der Sache bedingt, oder erzwungen durch eine übergeordnete Instanz stattfinden. So gehen Zafonte und Sabatier davon aus, dass Akteure auch außerhalb des eigenen Subsystems nach Verbündeten oder Austragungsorten³ suchen, an denen sie ihre Ziele erfüllen können (Zafonte und Sabatier 1998). Daneben haben die Autoren zwei Formen von Interdependenz zwischen den Akteuren mehrerer Subsysteme identifiziert. Natürliche Interdependenz liegt vor, wenn die Natur des politischen Problems eine Verbindung erfordert. Im Falle von künstlicher Interdependenz ist es dagegen ein Akteur, der Subsysteme miteinander verbindet (Zafonte und Sabatier 1998, S. 481). Sabatier unterscheidet zudem zwischen jungen und gereiften Subsystemen (Sabatier 1998, S. 111–114). Während die Akteure in ersteren noch dabei sind, sich in diesem Thema zu

³ Eigene Übersetzung des Begriffes *venue*.

spezialisieren, zeichnen sich gereifte Subsysteme durch verschiedene Kriterien aus: Ihre Mitglieder sehen sich als semi-autonome Gemeinschaft mit Expertenwissen, versuchen es seit mindestens sieben bis zehn Jahren zu beeinflussen und messen den Fragestellungen des Subsystems eine hervorgehobene Rolle bei.

Interaktion innerhalb eines Subsystems kann verschiedene Formen aufweisen. Insbesondere Weible und Sabatier haben versucht, diese Aspekte anhand von Charakteristika in einer Subsystem-Typologie anzuordnen (Weible 2008; Weible und Sabatier 2009; Weible et al. 2010). In dieser Typologie gibt es unitäre, kooperative und wettbewerbliche Subsysteme. Sie unterscheiden sich anhand der Anzahl der Koalitionen und der Interaktionsformen, die innerhalb und zwischen ihnen zu beobachten sind, dem Grad an Zentralisierung von Entscheidungsgewalt und Interdependenz sowie der Ausgestaltung und Nutzung der Austragungsorte. Während die drei ersten Merkmale in allen drei Arbeiten aufgeführt werden, ist die Ausgestaltung der politischen Programme⁴ als viertes Kriterium bei Weible et al. (2010) nicht enthalten. Policy-Leitbilder tauchen als fünftes Kriterium dagegen nur bei Weible (2008, S. 622) auf. Der Autor versteht darunter die Summe der Erklärungsansätze, Slogans und Kausalketten, die dazu beitragen, die Ziele der Koalitionen in der Meinung von Subsystem-externen Entscheidern und der Öffentlichkeit zu verankern. Zusätzlich zu den Kriterien wurde auch besonderer Fokus auf die Rolle von Wissenschaft, Experten und Lernen gelegt. Das Maß an Übereinstimmung in der Frage, welches die „richtigen“ Theorien und Methoden seien, wird in der Literatur über Subsystem-Typologien als analytische Kompatibilität⁵ zusammengefasst (Weible et al. 2010). Interessant sind dabei vor allem wettbewerbsorientierte Subsysteme. Hier ist die analytische Kompatibilität gering, sowohl Theorien als auch Methoden und die Interpretation der Daten sind umstritten. Unsicherheiten und Risiken dienen dem Gewinn von Vorteilen in der politischen Auseinandersetzung, etwa indem Ängste bewusst geschürt und Risiken über- oder untertrieben werden (Weible 2008, S. 626–627). Der Advocacy Coalition Framework betont die Rolle, die wissenschaftliche und technische Informationen bei der legalen Ausgestaltung der Subsysteme spielen (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 192). Vor diesem Hintergrund steigt mit der Bedeutung von Wissen als Hilfsmittel in konfliktreichen Auseinandersetzungen auch die Bedeutung der Experten, die zu Haupt-Mitgliedern in ihren

⁴ Übersetzung des Begriffs *policy design*.

⁵ Übersetzung des Begriffs *analytic compatibility*.

Koalitionen werden können. Durch die Gegnerschaft der Experten in rivalisierenden Koalitionen können nahezu keine Lernprozesse zwischen ihnen stattfinden. Dagegen sind die Koalitionen bemüht, durch neue Informationen ihre Belief-Systeme einerseits zu stärken und die ihrer Gegner andererseits zu erschüttern. Daher lassen sich intensive Lernprozesse innerhalb der Koalitionen beobachten (Weible 2008, S. 627–628).

2.2.2 Relativ stabile Parameter, Ereignisse, lang- und kurzfristige Gelegenheitsstrukturen

Die Akteure im Subsystem stehen in Wechselwirkung mit verschiedenen Umwelt-Bedingungen: Mit relativ stabilen Parametern, externen sowie internen Ereignissen und den langfristigen Gelegenheitsstrukturen der Koalitionen. Bei den relativ stabilen Parametern handelt es sich um eine Sammlung von Variablen, die das Verhalten der Akteure prägen, aber selbst eher selten und nur auf lange Sicht von ihnen beeinflusst werden (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 120). Zu ihnen gehören die grundsätzliche Problemstruktur, die Verteilung der natürlichen Ressourcen, soziokulturelle Werte, die Sozialstruktur der Gesellschaft sowie die fundamentale Ausgestaltung der Judikative (Sabatier 1988, S. 135–136). Die Umwelt der Akteure ist zudem nicht statisch, sondern produziert Ereignisse, die innerhalb oder außerhalb des Subsystems stattfinden (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 202). Dazu gehören Veränderungen in den sozioökonomischen Bedingungen oder der öffentlichen Meinung, Wahlen, Einflüsse anderer Subsysteme (Jones und Jenkins-Smith 2009, S. 42), Unfälle und Krisen aller Art. Diese haben das Potential, die Machtverhältnisse zwischen den Koalitionen sowie politische Programme zu verändern. Insbesondere frühe Versionen des ACF haben externe Ereignisse als wichtigste Quelle für weitreichenden politischen Wandel im Subsystem identifiziert (Sabatier 1988, S. 133–137). Im weiteren Verlauf der ACF-Forschung wurde dann auch internen Ereignissen diese Wirkungskraft zugestanden (Sabatier und Weible 2007, S. 204–205). Durch diese enge Verbindung mit politischem Wandel werden beide Ereignis-Arten in Abschnitt 2.5.2 noch im Detail vorgestellt. Nicht jedes externe oder interne Ereignis führt allerdings automatisch zu weitreichendem Wandel und nicht jeder relativ stabile Parameter wirkt direkt auf die Subsysteme ein. Stattdessen wirken beide Elemente durch einen Filter aus lang- und kurzfristigen Variablen, die von Sabatier und Weible eingeführt wurden (2007, S. 199–204). Bei der ersten handelt es sich um die langfristigen Gelegenheitsstrukturen der Koalitionen. Dazu gehört nach Sabatier und Weible zum einen das Ausmaß an Konsens, der für weitreichenden Wandel benötigt wird. Dieses wird durch die Zahl der an der Entscheidungsfindung beteiligten

Akteure bestimmt (Sabatier und Weible 2007, S. 200). Zweitens werden die langfristigen Gelegenheitsstrukturen durch den Grad an Offenheit des politischen Systems geprägt. Darunter verstehen die Autoren in erster Linie Vetopunkte, die jedes politische Programm auf dem Weg zur Ratifizierung überwinden muss. Diese Konzeption beruht auf einer Forschungstradition, die unter anderem durch Autoren wie Tsebelis (1995), Immergut (1990) und Lijphart (1999), auf den sich Sabatier und Weible berufen, geprägt wurde. Drittens können auch überlappende gesellschaftliche Kluften die Handlungsoptionen der Akteure bestimmen (Jenkins-Smith et al. 2014). Dabei handelt es sich nach Nohrstedt um den Einfluss allgemeiner Spaltungen in der Gesellschaft auf die Interaktion im Subsystem, wie etwa zwischen dem „linken“ und „rechten“ Spektrum einer Gesellschaft (2010).

Die langfristigen Gelegenheitsstrukturen wirken teilweise direkt auf das Subsystem ein, teilweise werden sie nochmals durch die kurzfristigen Beschränkungen und Ressourcen der Akteure gefiltert. Dabei handelt es sich um einen Filter zwischen der Außenwelt und dem Subsystem, mit dem individuelle Stärken und Schwächen als Determinanten für Erfolg und Misserfolg von Akteurshandeln abgebildet werden. Die kurzfristigen Beschränkungen der Akteure wurden in den Haupt-Überarbeitungen des ACF bisher nicht vollständig klassifiziert. Es kann aber angenommen werden, dass unter anderem mangelnde Anreize für kollektives Handeln zu diesen Beschränkungen gehören (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 138–141). So müssen nach Sabatier materialistische Gruppen größere Anstrengungen unternehmen, um Verteilungskonflikte und Trittbrettfahrer-Probleme zu überwinden (1998, S. 115–116). Zudem sind Situationen denkbar, in denen ein Akteur bestimmten Erwartungshaltungen seiner Umwelt unterliegt, die ihn daran hindern, externe Ereignisse auszunutzen (Jenkins-Smith et al. 1991). Das könnte sich darin äußern, dass er bestimmte Beliefs nicht im Policy-Prozess vertreten und somit nicht die Öffentlichkeit davon überzeugen kann. Für die Policy-Forschung liegt hier die Gefahr, Belief-Systeme nicht ausreichend genau zu erfassen, wenn sie sich in einem solchen Fall ausschließlich auf wenige veröffentlichte Dokumente verlässt (Jenkins-Smith et al. 1991, S. 857–858). Jenkins-Smith, St.Clair und Woods sind in ihrer Analyse der Öl- und Gas-Förderung im äußeren Kontinentalschelf der USA zu dem Ergebnis gekommen, dass diese Einschränkung vor allem Gruppen betrifft, die nicht-materialistische Beliefs vertreten (1991, S. 864–865). Die Aussagen von Vertretern materialistischer Gruppen seien zwar in ihren Kernanliegen ebenfalls konsistent. Sie enthielten aber eine höhere Varianz bei zweitrangigen

Fragen, während die Aussagen von Vertretern nicht-materialistischer Anliegen hierzu deutlich konsistenter seien. Daraus haben Jenkins-Smith und St.Clair die Hypothese abgeleitet, dass Akteure, die Gruppen mit nicht-materialistischen Beliefs vertreten, grundsätzlich eingeschränkter in der Möglichkeit des Ausdrucks ihrer Beliefs seien (1993). Diese Hypothese wurde schließlich als fünfte Koalitions-Hypothese in den ACF aufgenommen (S. 421).

2.3 Akteure mit komplexen Belief-Systemen

Als Determinanten für das Verhalten der Akteure im politischen Prozess nutzt der Advocacy Coalition Framework vor allem den Begriff der Belief-Systeme. Der Begriff enthält zwei Komponenten, die in diesem Kapitel vorgestellt werden: Zum einen die Annahme, dass Akteure subjektive Ziele und Wahrnehmungen über sich selbst und die Umwelt haben. Zum anderen die Vorstellung, dass diese Ziele und Wahrnehmungen in einer internen Logik sowie in einer Hierarchie hinsichtlich ihrer Stabilität angeordnet sind. Dieses Modell ist allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven kritisiert worden und auch Jenkins-Smith et al. befürworten eine Überarbeitung der theoretischen Ausgestaltung der Belief-Systeme (2014, S. 196 u. 204). Daher werden in diesem Kapitel auch Verfeinerungen des Belief-System-Konzepts durch verschiedene Autoren der ACF- und Politikfeldforschung vorgestellt.

2.3.1 Akteurs-Begriff und Akteurs-Konzept im ACF

Das Akteurs-Modell des Advocacy Coalition Framework ist facettenreich aufgebaut und beruht unter anderem auf den Wahrnehmungen des Akteurs über sich und seine Umwelt sowie die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Individuelle Akteure aus allen Teilen der Gesellschaft

Der ACF stützt sich auf den methodologischen Individualismus, denn Sabatier betonte bereits bei der Vorstellung des Ansatzes am Ende der 1980er-Jahre, dass nur individuelle Akteure zu Lernprozessen fähig seien (1988, S. 149). Auch Jenkins-Smith et al. heben nochmals hervor, dass Belief-Systeme, Verhalten und Lernen einer Koalition auf dem Verhalten Einzelner beruhen (2014, S. 190). Daher wird diese Interaktionseinheit auch für die empirische Untersuchung herangezogen. Wie Scharpf einwendet, handeln individuelle Akteure aber meistens als Vertreter einer Organisation und nicht nur für sich als Person (2006, S. 78-79 u. 96-122). Wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, muss das Belief-System eines individuellen

Akteurs daher auch Elemente enthalten, die seine Stellung in der Organisation behandeln. Zum Akteurs-Begriff im ACF gehört neben dem Individuum auch die Annahme, dass alle individuellen Akteure potentielle Mitglieder eines Subsystems sein können (Jenkins-Smith et al. 2014). Damit geht der Ansatz über das Konzept der „iron triangles“ hinaus, in dem nur Vertreter der staatlichen Administration, der Legislative und weniger Interessengruppen über die Ausgestaltung politischer Programme entscheiden (Sabatier 1988, S. 131). Stattdessen können nach Sabatier unter anderem auch Journalisten oder Wissenschaftler Mitglieder eines Subsystems sein. Allerdings ist nicht jeder Akteur in gleichem Ausmaß in einem Subsystem aktiv. Während einige Akteure sich mit allen Aspekten beschäftigen, sind andere nur an Teilgebieten interessiert (Sabatier 1998, S. 115).

Selektive Wahrnehmung und imperfekte Informations-Verarbeitung

Der Advocacy Coalition Framework geht von einer begrenzten Rationalität der Akteure aus (Sabatier 1988, S. 143). Das heißt, sie versuchen selbst entwickelte Ziele zu erreichen, verschiedene Faktoren beschränken aber ihre Wahrnehmungen über ihre Umwelt und Handlungsoptionen. Er steht dabei in der Tradition interpretativer⁶ Ansätze. Danach entwickeln Gesellschaften Regeln und Konventionen, die die Unsicherheit des Individuums über das zu erwartende Verhalten Anderer und das eigene angemessene Verhalten reduzieren und so ein geordnetes Interagieren ermöglichen (Berger und Luckmann 1966). Diese Diskurse unterscheiden sich sowohl extern zwischen verschiedenen Kulturen als auch innerhalb einer Gesellschaft zwischen ihren verschiedenen Elementen (Noweski 2004, S. 9). Für ein Politikfeld bedeutet das, dass Entscheidungen auch davon abhängen, wessen Weltsicht die vorangegangene Interaktion prägte (Sell und Prakash 2004). Als Folge dieses subjektiven Wahrnehmens und Denkens handeln Akteure nicht immer so, wie es zur Verwirklichung ihrer Ziele am vernünftigsten wäre. Zu diesen hemmenden Faktoren gehört das Überangebot an verfügbaren Informationen, welche weder individuelle noch korporative Akteure in angemessener Zeit komplett verarbeiten können (Sell und Prakash 2004, S. 145). Dieses Problem lösen die Akteure durch die Bildung von Linsen und Filtern, mit denen sie die aus ihrer

⁶ Neben dem Adjektiv „interpretativ“ existieren auch Bezeichnungen wie „perspektivistisch“, „subjektivistisch“ oder „konstruktivistisch“. Ihnen gemeinsam ist die Absicht, menschliche Interaktion so zu erklären, dass sich Faktoren wie kulturelle und ökonomische Strukturen nicht auf alle Akteure automatisch gleich auswirken. Stattdessen prägen Sozialisation und subjektives Wahrnehmen die Entscheidungen. Im Rahmen dieser Arbeit wird zur Vereinheitlichung des Vokabulars der Ausdruck interpretativ als Synonym für diese Begriffe genutzt.

Sicht relevante von der nicht relevanten Information trennen (Dearborn und Simon 1958; Tversky und Kahneman 1986). Relevanz geht aber nicht unbedingt mit Effektivität oder Effizienz einher; die Untersuchungen von Tversky und Kahneman haben im Gegenteil Beispiele hervorgebracht, bei denen Akteure Entscheidungen trafen, die den für sie besten Ergebnissen entgegengesetzt waren (1986). Dearborn und Simon konnten Belege dafür finden, dass die Verfassung eines Akteurs zum Zeitpunkt einer Informationsaufnahme wesentlich dafür ist, welchen Anteil an der Realität dieser Akteur tatsächlich wahrnimmt (1958). Zu den Annahmen des ACF gehört auch, dass Akteure dazu neigen, Informationen abzulehnen, die mit ihrem Belief-System konfliktieren und sich an Niederlagen eher als an Erfolge erinnern. Diese Annahme des ACF lehnt sich an Quattrone und Tversky (1988) an und hat ihren Ursprung in der Prospect Theory von Kahneman und Tversky (Kahneman und Tversky 1984). Zudem überschätzen die Akteure den Einfluss und die Boshaftigkeit des politischen Gegners, ein Vorgang, der *devil shift* genannt wird (Sabatier et al. 1987).

Hierarchische Belief-Systeme

Auf der Basis dieser subjektiven Informationsverarbeitung entwickeln die Akteure ein hierarchisches Belief-System mit einem Bild über die eigene Identität sowie Vorstellungen über die ideale und die tatsächliche Beschaffenheit der Welt und die anderen Akteure. Um sich von bisherigen Modellen, wie der Phasenheuristik, abzusetzen, haben Jenkins-Smith und Sabatier besonderen Wert auf die prospektive Erklärungskraft ihres Ansatzes zu Politikwandel gelegt (Sabatier 1988). Dazu trägt unter anderem die Klassifikation der Akteurs-Ziele bei, die in einem hierarchischen System angeordnet werden. Der ACF bezieht sich dabei auf zwei Traditionslinien, die teilweise einander überlappen. Eine davon ist die Eliten-Forschung. Hier berufen sich Jenkins-Smith und Sabatier unter anderem auf Putnam (1976) und Axelrod (1976). Wie die Studien von Putnam gezeigt haben, ist es möglich, aus bekannten Einstellungen deduktiv Schlüsse auf unbekannte Einstellungen oder zukünftiges Verhalten zu ziehen (1976). Vorbilder gab es zudem in der Forschung zu den kognitiven Orientierungen von Spitzenpolitikern (Walker 1977; Holsti 1976; George 1969). Die andere Traditionslinie ist die Forschung zur Struktur von Denkmodellen an sich. Von Lakatos wurde dabei das Modell eines Systems für wissenschaftliche Beliefs übernommen, welches einen Kern und periphere Elemente enthält (Lakatos 1971; Converse 1964; Peffley und Hurwitz 1985). Diese Aufteilung wurde zunächst mit den Ansätzen von Converse (1964) und Peffley und Hurwitz (1985) zur

Stabilität von Belief-Systemen verbunden (Sabatier 1988). Nach diesen Autoren sind abstrakte Beliefs stabiler als konkrete, lassen sich also seltener verändern. Es zeigte sich jedoch bereits in den ersten empirischen Arbeiten, dass abstrakte Beliefs nicht immer stabiler als konkrete Wünsche sein müssen. Daher haben Jenkins-Smith und Sabatier in späteren Arbeiten zur Erklärung der Stabilität nicht mehr das Prinzip abstrakt/konkret herangezogen. Stattdessen sind sie davon ausgegangen, dass Basis-Ziele mit einem weiten Anwendungsspielraum die enger gefassten peripheren Elemente dominieren (Jenkins-Smith und Sabatier 1994; Sabatier 1998). Mit beiden Erklärungen geht der ACF von der Existenz von drei Arten von Beliefs aus: Deep Core Beliefs, Policy Core Beliefs und Secondary Aspects⁷ (Jenkins-Smith et al. 2014). Der Deep Core umfasst die grundlegenden Überzeugungen eines Akteurs, die über alle Subsysteme hinweg reichen, mit denen er sich beschäftigt. Dazu gehören beispielsweise Vorstellungen über die Natur des Menschen oder die Abwägung zwischen Freiheit und Sicherheit (Sabatier 1988, S. 145). Der Policy Core enthält die grundlegenden Vorstellungen, die der Akteur über ein Subsystem hat. Frühe Arbeiten verbanden mit ihm eher normative Inhalte. Später wurden empirisch geprägte Policy Core Policy Preferences zu den Policy Core Beliefs hinzugefügt (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 191). Diese enthalten Vorschläge über die wünschenswerte legale oder organisatorische Ausgestaltung des gesamten Subsystems, sind wichtig für die Akteure und Gegenstand der politischen Auseinandersetzung (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 134). Die Secondary Aspects beinhalten eher instrumentelle Vorstellungen zur Umsetzung des Deep Cores und des Policy Cores. Im Gegensatz zu Policy Core Beliefs betreffen sie normalerweise nur einzelne Aspekte innerhalb eines Subsystems (Sabatier 1998, S. 112). Mit dieser Anordnung gehen auch verschiedene Annahmen über die Stabilität der Beliefs und ihre Bedeutung für Interaktion und Policy-Wandel einher. Am stabilsten ist der Deep Core, ihn zu ändern, käme einer religiösen Konvertierung nahe (Sabatier 1988, S. 145). Eine Veränderung von Policy Core Beliefs ist nach Sabatier immer noch schwierig, aber schon eher möglich. Ihr Subsystem-weiter Umfang und ihr Bezug zu seiner grundlegenden Ausgestaltung verleihen ihnen Stabilität (Sabatier und Weible 2007, S. 195). Weible und Sabatier erwähnen zudem, dass manche Policy Core Beliefs aus der praktischen Anwendung von Deep Core Beliefs entwickelt werden, ohne näher auf die Konsequenzen daraus einzugehen. Man kann aber annehmen, dass auch eine

⁷ Aus Gründen der besseren Verständlichkeit und vor dem Hintergrund eines etablierten politikwissenschaftlichen Wortschatzes, der auch in deutschsprachigen Arbeiten Begriffe wie Policy nutzt, wird auf eine Übersetzung wesentlicher Begriffe des Advocacy Coalition Frameworks verzichtet.

solche Herleitung Stabilität verleiht. Obwohl diese Kategorie von Beliefs Veränderungen unterliegen kann, zeigen sich Jenkins-Smith et al. überrascht, dass eine Anzahl von Studien hier Lernprozesse festgestellt hat (2014, S. 200). Explizit erwähnt werden Sabatier und Brasher (1993), Larsen, Vrangbæk, und Traulsen (2006), Eberg (1997) sowie Elliott und Schlaepfer (2001). Darüber hinaus haben Lertzman, Rayner und Wilson Lerneffekte auch als Einflussfaktoren für weitreichenden Policy-Wandel identifiziert (1996). Als Konsequenz setzen Jenkins-Smith et al. die Überarbeitung des Belief-System-Konzepts auf die Agenda zukünftiger ACF-Forschung (2014). Im folgenden Abschnitt 2.3.2 werden daher als Vorarbeit verschiedene Erweiterungen des Belief-Moduls vorgestellt, ehe in Kapitel 3 Forschungshypothesen zur Erklärung dieses Phänomens entwickelt werden. Im Vergleich dazu verändern Akteure die Secondary Aspects ihres Belief-Systems vergleichsweise einfach, da diese als Hilfsmittel zur Verwirklichung der höherrangigen Beliefs gesehen werden. Daher werden nach der dritten Koalitions-Hypothese des ACF die Akteure auch eher Secondary Aspects aufgeben, ehe sie Schwächen in ihrem Policy Core eingestehen (S. 421). Zwischen und innerhalb dieser Kategorien bestehen Wahrnehmungen kausaler Beziehungen. Diese beinhalten nicht nur die wünschenswerte, sondern auch auf die tatsächliche Ausgestaltung der Umwelt, etwa in Form von Statistiken (Sabatier und Hunter 1989, S. 231). Kausale Annahmen sind nach Ansicht der beiden Autoren auch eher veränderbar als normative Beliefs, da sie Experimenten und praktischer Überprüfung offenstehen. Ihr stärkster Einfluss besteht darin, dass sie sogar die Auswahl einer Policy aus der Gesamtmenge an Angeboten beeinflussen können. Aus diesen Elementen entsteht ein hierarchisches Gedankengebäude, bei dem vor allem die Secondary Aspects als abhängige Variablen der übergeordneten Gedanken zu sehen sind. Da der Forscher den Inhalt der Belief-Systeme, ähnlich wie die Konventionen einer Gesellschaft, prinzipiell ermitteln kann, ist er so zu den erwünschten prospektiven Aussagen in der Lage. Das Belief-System stellt auch die Grundlage für das Handeln von Akteuren dar. Zur Begründung beruft sich der ACF dabei auf die *theory of reasoned action* (TRA) von Fishbein und Ajzen (Sabatier 1988; Fishbein und Ajzen 1975). Demnach wird jedes Verhalten durch eine Intention ausgelöst, die wiederum ein Produkt aus den Einstellungen des Akteurs zu seinen möglichen Handlungsoptionen ist, sowie den Einstellungen, die der Akteur bei anderen Akteuren dazu vermutet.

Ressourcen

Während frühe Versionen des ACF noch unbestimmt blieben, haben Sabatier und Weible mittlerweile eine Liste mit Ressourcen vorgestellt, über die Akteure verfügen können (2007, S. 201–204). Diese umfasst die formalrechtliche Kompetenz, Normen erlassen zu dürfen, die öffentliche Meinung, Informationen über ein politisches Problem sowie die Kosten und Nutzen der möglichen Lösungen, die Menge der Individuen, die sich für die Vertretung der eigenen Beliefs engagieren, Finanzmittel sowie Führungsqualitäten⁸. Bei letzterem haben sich Sabatier und Weible an das Konzept des Policy-Entrepreneurs angelehnt, wie es besonders Mintrom vertritt. (Mintrom und Norman 2009). Mit Hinblick auf die Beschreibung der externen Faktoren als illustrative und nicht abgeschlossene Auswahl (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 194), kann man davon ausgehen, dass es auch noch weitere Ressourcen gibt, die über Erfolg und Misserfolg eines Akteurs oder einer Koalition entscheiden.

2.3.2 Erweiterungen des Belief-System-Begriffs

In diesem Abschnitt wird argumentiert, dass im Verlauf der vergangenen Überarbeitungen des Advocacy Coalition Frameworks die Policy Core-Ebene derart erweitert wurde, dass die theoretischen Grundlagen, aus denen sich die Stabilität dieser Beliefs ergab, nicht mehr gelten. Zudem fokussiert der Ansatz stärker auf Fälle, die eher durch Konflikt und dauerhafte Teilnahme am Subsystem als Kooperation und sporadisches Engagement geprägt waren. Neben der Formulierung dieser Problemstellung wird auf der Grundlage bestehender Literatur zudem die Subjektivität der Wahrnehmung von Ereignissen betont und die Stellung von Interessen im ACF geklärt.

Unmittelbare und mittelbare Probleme von Policy Core Belief-Konzeption

Eine Schwierigkeit bei der Erklärung von grundlegenden Policy-Lernprozessen besteht darin, dass in der Empirie ein systematischer und vergleichender Überblick über den Inhalt veränderter Policy Core Beliefs aussteht. Selbst innerhalb einzelner Studien, in denen derartige Veränderungen entdeckt wurden, verzichteten die Autoren teilweise darauf, ihren Inhalt zu kategorisieren und damit einem Vergleich zugänglich zu machen (Elliott und Schlaepfer 2001). Auf diese Weise kann nicht entschieden werden, ob grundlegende Belief-Veränderung ein alltägliches Phänomen ist oder einen Sonderfall darstellt. Es besteht also das unmittelbare

⁸ Übersetzung des Begriffs *skillful leadership*.

Problem, dass einerseits zu wenig verwertbare Daten und andererseits noch keine Hypothesen existieren, die eine Einordnung solcher Lernprozesse ermöglichen. Das Theorie und Realität auseinanderklaffen, liegt auch an drei mittelbaren Problemen: Den Nebenwirkungen von grundsätzlich wichtigen Erweiterungen der Policy Core-Definition, dem Fokus auf wettbewerblichen Subsystemen und Koalitionen und einer stärkeren Betonung von Spezialisten als von Generalisten. So wurden erstens die Definitionen und Subkategorien des Belief-System-Moduls im Verlauf der ACF-Forschung laufend um neue Konzepte erweitert. Dabei wurden deren unterschiedliche Eigenschaften unter einem Begriff zusammengefasst. So haben Sabatier (1988, S. 133) und Jenkins-Smith (1988, S. 171 u. 177) Policy Core Beliefs anfangs als Werte und kausale Beziehungen beschrieben, welche den Deep Core Beliefs entstammen und einen höheren Grad an Abstraktion besitzen. Insbesondere Sabatier hat sich dabei auf die Annahme von Converse berufen, dass abstrakte Beliefs stabiler seien als andere (Converse 1964; Sabatier 1988). Abstraktion war also zugleich Definition dieser Beliefs und ein Attribut, welches ihre Stabilität implizierte. Mit den Policy Core Policy Preferences wurden aber auch empirisch geprägte Beliefs aufgenommen, die sich in der Theorie von Secondary Aspects nur durch ihre hohe Langzeitwirkung, Salienz und Reichweite unterscheiden (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 191; Zafonte und Sabatier 1998, S. 478–479). Dadurch stellt sich die Frage, ob diese Beliefs die hohe Stabilität der Policy Core Beliefs besitzen, oder die einfachere Veränderbarkeit der Secondary Aspects. Von den bisherigen Policy Core Beliefs unterscheidet die Policy Core Policy Preferences darüber hinaus, dass erstere Ziele beinhalten, während letztere in aller Regel Mittel für ein höheres Ziel sind. Wenn sie aber nur – wenn auch wichtige – Mittel sind, liegt es nahe, dass die Akteure einen pragmatischen Umgang mit ihnen pflegen. Diese Problematik klingt auch in der fünften Koalitions-Hypothese des ACF an. Zudem haben Sabatier und Jenkins-Smith die Policy Core Beliefs später nicht mehr über den hohen Abstraktionsgrad definiert, sondern über deren Reichweite (1999, S. 132). Dadurch haben sie zwar ein realistischeres Bild dieser Belief-Ebene erzeugt. Converses implizite Annahme hoher Stabilität kann aber nun nur noch auf diejenigen Policy Core Beliefs bezogen werden, die eine abstrakte Natur haben. Wenn ein Belief auf dieser Ebene verändert wurde, muss das umgekehrt auch kein Verwerfen von grundlegenden Werten mehr bedeuten. Wie bereits erwähnt, haben Sabatier und Weible zudem hervorgehoben, dass nicht jeder Policy Core Belief aus den Deep Core Beliefs eines Akteurs abgeleitet wird (2007, S. 195). Auch in diesem Fall kann keine natürliche Stabilität erwartet werden. Der ACF sieht sich an dieser Stelle also einem grundsätzlichen Problem der

Politikwissenschaft mit der Ausweitung von Begriffen gegenüber (Sartori 1970, S. 1034–1035): Durch die Anpassungen der Policy Core-Definition ist er auf mehr Fälle anwendbar, hat dabei aber auch an Erklärungskraft verloren. Durch den Fokus des ACF auf feste Koalitionen, welche sich anhand von gegensätzlichen Belief-Systemen gebildet haben, bereitet zweitens die Analyse Koalitions-übergreifender Interaktion Schwierigkeiten. Dieses Problem haben Weible und Sabatier bereits für koordiniertes Verhalten erkannt (2007, S. 133). Gemeinsam mit Pattison haben die Autoren die Beziehungen zwischen Subsystem, Belief-Kongruenz und Lernen dargestellt und betont, dass auch Policy Core Beliefs in kooperativen Subsystemen geteilt werden (Weible et al. 2010). Da sich aber der Charakter von Subsystemen ändern kann, bleibt einerseits unklar, was das für die Stabilität der Policy Core Beliefs bedeutet. Andererseits muss es einen Unterschied zwischen den Beliefs geben, die nur innerhalb der Koalitionen geteilt werden und als ihr Kit wirken, und jenen, die über die Grenzen hinweg vertreten werden. Andernfalls müssten auch diese Beliefs in die Koalitionsbildung mit einfließen oder verworfen werden. Letzteres würde aber wiederum ihrer postulierten Stabilität widersprechen. Zu den Grundannahmen des ACF gehört die hohe Bedeutung von technischen und wissenschaftlichen Informationen für die Ausgestaltung der Subsysteme (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 192). Damit einher geht ein Akteurs-Bild, welches von bewusster Nichteinmischung in andere Subsysteme (Zafonte und Sabatier 1998, S. 474), Zwang zur Spezialisierung (Sabatier 1988, S. 137) und Mitgliedschaft in nur wenigen Subsystemen (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 190) ausgeht. Diese Beschreibung mag auf viele Akteure zutreffen. Rolle und Verhalten von Generalisten mit vielfältigen Verpflichtungen, wie Präsidenten, Ministern oder Führungskräften in Verbänden, sind aber als drittes Problem nur schwer erklärbar. Sie müssen mit der Annahme von Kooperation allein auf der Basis von Belief-Kongruenz nicht unbedingt übereinstimmen (Bandelow 2015, S. 308). Zudem können die Mitgliederzahlen eines Subsystems insgesamt schwanken. Nohrstedt beobachtete beispielsweise Zu- und Abnahmen von Teilnehmern in der schwedischen Nuklearenergie-Politik (Nohrstedt 2010). Daraus lassen sich zwei Schlüsse ziehen: Erstens gibt es Themen, mit denen sich Akteure beschäftigen, die nicht ausschließlich als Experten im Sinne Sabatiers bezeichnet werden können (1988, S. 137–138). Zweitens folgt daraus, dass Probleme und damit auch Subsysteme zumindest für manche Akteure in ihrer Bedeutung im zeitlichen Verlauf zu- und abnehmen können. Beides führt zu der Frage, welche Stabilität die Eigenschaften „Subsystem-weiter Umfang“ und „Bezug zu dessen grundlegender Ausgestaltung“ einem Policy Core Belief verleihen können, wenn das gesamte Subsystem nur

geringe Bedeutung für einen Akteur besitzt. Um zu klären, warum ein Policy Core Belief verändert wird oder erhalten bleibt, muss ein System erarbeitet werden, welches entsprechende Ursachen nennt. Dies geschieht – unter Berücksichtigung der geistigen Grundlagen des ACF – in Kapitel 3.

Subjektive Beliefs über alle Aspekte der politischen Umwelt

Die Anordnung von öffentlicher Meinung sowohl als Ressource, die innerhalb eines Subsystems genutzt werden kann, als auch in ihrer Wirkung als externes Ereignis zeigt, wie schmal die Grenze zwischen dem Inhalt des Subsystems und der äußeren Welt sein kann. Ähnliche Probleme ergeben sich bei der Abgrenzung zwischen der Gesetzgebungskompetenz als Ressource und der Wirkung als relativ stabiler Parameter. Dadurch stellt sich aber auch die Frage, wie objektiv gleich die externen Ereignisse auf die Akteure wirken. Während das Belief-System der Akteure schon dem Namen nach kognitiv geprägt ist, betont der ACF externe Ereignisse sowie das Ausscheiden eines Akteurs durch Tod oder Ruhestand als nicht-kognitive Quellen von Veränderung (Sabatier 1988). Diese Vermischung von Bestandteilen von Rational-Choice- und interpretativen Theorien hat beispielsweise Nullmeier als in sich widersprüchlich kritisiert (Nullmeier 1997). Auf ihn aufbauend, hinterfragt Bandelow die Informations-Verarbeitung im ACF, die bei Policy-internen Wahrnehmungen sowohl dissensual als auch konsensual erfolgen kann, während sie bei Policy-externen Wahrnehmungen ausschließlich konsensual erfolgt (Bandelow 1999). Er ersetzt dieses Modell durch seine Interpretative Lerntheorie (ILT), in der sowohl Policy-interne als auch Policy-externe Informationen konsensual und dissensual verarbeitet werden können. Das bedeutet, dass externe Ereignisse, wie etwa Wirtschaftskrisen oder Wahlen auf jeden Akteur individuell wirken. Dies führt aber nicht zu einer zufälligen Verteilung von Wahrnehmungen. Stattdessen existieren kulturelle Wahrnehmungsmuster, die dazu führen, dass bestimmte Ereignisse von vielen Akteuren wahrscheinlich gleich interpretiert werden. Bandelows Annahme, dass die Strukturen und Ereignisse außerhalb des Subsystems ebenfalls individuell von den Akteuren interpretiert werden, wird für diese Arbeit übernommen, denn dadurch ergeben sich zwei Vorteile:

- Man kann auf diese Weise mit dem ACF erklären, warum die Akteure externe Faktoren, wie die Auswirkungen von medizinischem Fortschritt oder die Bindekraft von Gesetzen unterschiedlich bewerten.

- Es entsteht kein Bedarf für zusätzliche theoretische Annahmen und damit eine konsistentere Handlungstheorie: Alle Handlungen eines Akteurs, seien sie auf Phänomene innerhalb des Subsystems oder auf dessen Umwelt bezogen, beruhen auf der Grundlage von dessen begrenzter Rationalität.

Der Gedanke wird aber nicht ausschließlich auf die externen Faktoren bezogen, sondern auf alle Elemente, die von einem Akteur gedacht und beobachtet werden können. Also auch Interdependenzen, Belief-Kongruenz, wünschenswerte Handlungen, technisches Wissen usw. Auf diese Weise entsteht ein stringent interpretatives Akteurs-Bild. Durch die Fundierung auf Wahrnehmungen sollen Veränderungen erklärt werden können, die in einem Modell mit objektiven Wirkungen als Anomalien erscheinen müssten. Auch wenn ein solches Vorgehen zunächst als Abweichung vom ACF erscheint, gibt es dort Ansätze, die für ein solches Vorgehen sprechen. So geht er bereits seit den ersten Versionen (Sabatier 1988, S. 155–157) davon aus, dass Policy-interne Fakten auch konsensual interpretiert werden können, was zu Lernprozessen über Koalition hinweg führt. Für die subjektive Wirkung zumindest der externen Faktoren spricht auch, dass ihnen in späteren Versionen des ACF zum einen keine Objektivität mehr explizit zugesprochen wird (Jenkins-Smith et al. 2014). Zum anderen werden externe Ereignisse durch die kurzfristigen Beschränkungen und Ressourcen der Akteure verarbeitet, ehe sie im Subsystem Wirkung zeigen können. Da Informationen zu diesen Ressourcen gehören und die Informationsverarbeitung gemäß dem Akteurs-Modul begrenzt rational und imperfekt erfolgt (vgl. Abschnitt 2.3.1), kann man annehmen, dass auch alle anderen Faktoren subjektiv, wenn auch unter dem Einfluss soziokultureller Prägung, betrachtet und in Beliefs verarbeitet werden. Vor allem aber spricht die Berufung des ACFs auf Fishbeins und Ajzens TRA für die Verknüpfung aller wahrnehmbaren Phänomene mit einer interpretativen Perspektive. Insbesondere in der Ausprägung als *reasoned action approach* (RAA) (Fishbein und Ajzen 2010), der im Verlauf des Kapitels noch vorgestellt wird, behandeln die Autoren den kognitiven Umgang des Akteurs mit seiner Umwelt. Unter anderem verfügt er hier über Beliefs über Strukturen und die durch sie geprägten Prozesse. Auch besitzt er Control Beliefs, welche die Erfolgsaussichten für seine Handlungsoptionen beschreiben. Eine stärkere Verbindung von RAA und ACF ermöglicht es, auf bereits bestehenden Grundlagen, unterschiedliche Bewertungen der politischen Umwelt zuzulassen.

Beliefs des Akteurs über sich selbst und seine Organisation

Man würde den Begriff Belief missverstehen, wenn man ihn ausschließlich im Sinne abstrakter Ideen und Normen auffassen und konkrete Interessen wie materiellen Gewinn oder wahrgenommenen Einfluss ausklammern würde. Er enthält beide Aspekte, um die Vielfalt der Handlungsmotivationen von Akteuren erfassen zu können. Das ist zunächst nicht selbstverständlich, manche Autoren betonen eher einen der beiden Begriffe als die Antriebskraft von Akteuren. Hoberg sieht beispielsweise in Ideen eher eine Macht-Ressource als eine bedeutende Quelle für Akteurs-Handeln und betont dagegen die Rolle von Interessen (Hoberg 1996). Weiterhin werden Ideen und Interessen manchmal als Kriterium zur Klassifikation von Akteuren und Akteurshandeln genutzt. Goldstein und Keohane haben beispielsweise argumentiert, dass Ideen und Normen eher die grundsätzlichen Ziele eines Akteurs formen, während Interessen zu instrumentellen Zielen führen (Goldstein und Keohane 1993). Keck und Sikkink gehen dagegen davon aus, dass Akteure in nichtökonomischen, transnationalen Netzwerken⁹ zu ihrem Handeln eher von Werten als von materiellen Anliegen motiviert werden (Keck und Sikkink 2018). Wie schwer beide Perspektiven zu trennen sind, wird klar, wenn man sich dem Topos der Freiberuflichkeit des ambulanten Arztes, einem klassischen Begriff der Gesundheitspolitik, nähert. In ihm steckt auf der einen Seite der Wunsch nach einer möglichst freien Vertragsgestaltung zwischen Patient und Leistungserbringer, also einem materiellen Interesse. Auf der anderen Seite deutet er aber auch die Weisungsfreiheit des Arztes bei der Gestaltung seines Berufes an, ein normatives Ziel, welches über die Erfüllung materieller Interessen hinausgeht. Die materielle Facette der Freiberuflichkeit muss sich dabei, entgegen den Annahmen von Goldstein und Keohane, nicht nur in den konkreten Handlungen von Arztgruppen bei der gesetzlichen Ausgestaltung der Berufsausübung erschöpfen. Stattdessen ist sie eine grundsätzliche Forderung von Ärzteverbänden, die auch unabhängig von konkreten politischen Entscheidungen erhoben wird.¹⁰ Es wird daher davon ausgegangen, dass Akteure aus allen Arten von Organisationen über Ideen und Interessen verfügen (Sell und Prakash 2004). Am fundamentalsten ist sicher die Kritik Schlagers und Blomquists. Danach seien im ACF zum einen Beliefs und Interessen identisch, was es schwierig mache, die Folgen eines

⁹ Mit diesem Begriff soll der Ausdruck *Transnational Advocacy Networks* übersetzt werden. Die Autoren wollen mit dem ursprünglichen Begriff eine Gruppe von Akteuren klassifizieren, die neben Staaten, Unternehmensnetzwerken und epistemischen Gemeinschaften in den internationalen Beziehungen existieren (Keck und Sikkink 2018).

¹⁰ Dargelegt beispielsweise in Bundesärztekammer 1994.

Interessenskonfliktes zwischen Akteuren mit gleichem Belief-System zu erklären (Schlager und Blomquist 1996). Dies beziehe sich besonders auf Konflikte zwischen den Akteuren einer Koalition. Zum anderen fehle dem ACF ohne den Begriff der Interessen die Möglichkeit, strategisches Verhalten zu bestimmen und vorherzusagen (Schlager und Blomquist 1996).¹¹ In der Tat waren in den frühen Versionen des ACF Interessen als Begriff und Konzept nicht besonders detailliert ausgeführt, wie Sabatier und Jenkins-Smith selbst zugestehen (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Dem kann man aus heutiger Sicht aber drei Punkte entgegenhalten. Erstens hat sich in der Praxis gezeigt, dass viele Autoren in ihren Arbeiten den Kritikpunkt umgangen und Belief-Systeme mit den Interessen der Akteure auch ohne direkte Referenz zu Vorgaben des ACF verbunden haben. Viele Autoren wenden Interessen als Teil oder Ergänzung der Belief-Systeme an, ohne näher auf die Beziehung beider Begriffe einzugehen (Freudenburg und Gramling 2002; Kübler 1999; Nohrstedt 2005; Radaelli 1995; Sabatier et al. 1995). Besonders die Untersuchung von Jenkins-Smith, St. Clair und Woods zu Stabilität und Verfall von Koalitionen geht näher auf das Verhältnis von Ideen und Interessen ein und bietet unter anderem Akteurs-Klassifikationen auf der Grundlage dieses Dualismus an (Jenkins-Smith et al. 1991). Zweitens kennt der ACF gerade in seiner aktuellen Version zahlreiche Faktoren, die extern auf das Subsystem einwirken und die eng mit dem Begriff Interessen verbunden sind. Dazu gehören die grundlegende Verteilung der natürlichen Ressourcen, die sozioökonomischen Bedingungen oder die Regierungs-Konstellation. Das diese Faktoren im ACF auf die Akteure einwirken und in ihrem Handeln anleiten, entkräftet den Vorwurf seiner Interessenlosigkeit etwas. Drittens schließt der ACF weder Interessen der Akteure explizit aus, noch nimmt er an, dass Koalitionen immer stabil seien. Der ACF vermutet lediglich eine Angleichung von Belief-Systemen durch die Interaktion verschiedener Akteure und betont den subjektiven Charakter der Beliefs (Sabatier 1988, S. 140–142). Vor allem aber nutzen Sabatier und Jenkins-Smith den Begriff Interessen bereits in frühen Arbeiten zum ACF, wenn seine Bedeutung auch nicht ausführlich dargelegt wird (Sabatier 1988, 1998; Jenkins-Smith et al. 1991). Sabatier erwähnt sogar, dass Belief-Systeme Interessen beinhalten können (Sabatier 1988, S. 142). Akteure sind im ACF aber nicht zwanghaft auf die Maximierung ihrer materiellen Interessen festgelegt, sie unterliegen zudem den Filtern der Wahrnehmung bei ihrer Bestimmung (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). In der ACF-Version von 1999 haben Sabatier

¹¹ Diese Kritik reflektiert die Position von Strukturalisten und Vertretern reiner Rational-Choice-Modelle, die nach (voraussagbaren) Gemeinsamkeiten im Verhalten politischer Akteure suchen.

und Jenkins-Smith betont, dass Gruppierungen wie Umwelt-Verbände neben ihrer politischen Agenda auch ihr finanzielle Basis sowie ihre Mitgliederzahlen berücksichtigen müssen (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Der Begriff Interesse ist also weniger theoretisch aufgeladen, sondern wird lediglich als Klassifikation eines Teils der Belief-Systeme genutzt.

Es scheint aber geboten, eine Kategorie für jene Gedanken zu erarbeiten, die in anderen Ansätzen und Theorien als Interessen bezeichnet werden, denn so kann die Natur veränderter Beliefs besser bestimmt werden. Das beginnt damit, auf den Begriff Interesse zu verzichten, da dieser mit Attributen wie Stabilität oder Situations-Gebundenheit belegt werden könnte. Angesichts der Lernfähigkeit der Akteure wäre Stabilität eine Annahme, die mit dem ACF in Konflikt stünde. Durch die langfristige Formierung der Beliefs können diese aber auch nicht situativ entstehen. Schon gar nicht sind sie in irgendeiner Form objektiv. Um diese „Vorurteile“ zu vermeiden und um auf den subjektiven Charakter dieser Beliefs hinzuweisen, werden sie nicht als Interessen, sondern als Akteurs-bezogene Beliefs bezeichnet. In Abgrenzung dazu werden Beliefs, die sich auf die reale sowie die wünschenswerte Ausgestaltung eines Subsystems oder eines politischen Systems als Ganzes beziehen, als System-bezogene Beliefs bezeichnet. Akteurs-bezogene Beliefs beschränken sich nicht nur auf die eigene Stellung, sondern können sich auch auf die eigene Organisation beziehen. Zu den Beliefs über eine Organisation gehört etwa die Frage, wie Gewinne oder Ressourcen zwischen den Mitgliedern verteilt werden sollten (Benz 1997). Welche Meinung eine Organisation nach außen vertritt, wird durch Abstimmungsprozesse zwischen ihren Mitgliedern bestimmt. Wie diese verlaufen, ist für den ACF eher unwichtig. Das Verhalten der Vertreter als deren Ergebnis kann dagegen durchaus relevant für die Erklärung politischer Prozesse sein, wie die Koalitions-Hypothese 5 und die ihr zugrundeliegende Arbeit von Jenkins-Smith, St. Clair und Woods zeigt (Jenkins-Smith et al. 1991). Danach hängt der Spielraum des Vertreters von der Art seiner Organisation ab. Nach der Studie der drei Autoren sind die Vertreter von Zweckverbänden¹² stärker beschränkt, die festgelegten Beliefs ihrer Organisationen zu vertreten, als diejenigen von materialistischen Gruppen. Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass die Beliefs der Akteure über ihre Organisation in manchen Fällen das Verhalten eines Akteurs beeinflussen können. Zum ACF gehört allerdings auch die Prämisse, dass die Zugehörigkeit zu einer Organisation die Verhaltensweise eines Akteurs nicht determiniert (Sabatier 1993). Die Interaktion innerhalb

¹² Eigene Übersetzung des Begriffs *purposive group*.

von Organisationen zu untersuchen, wird in der Feldstudie nur dann notwendig werden, wenn bereits erste Analysen auf eine hervorgehobene Bedeutung dieser Prozesse für die Erklärung des Untersuchungsgegenstandes hinweisen. Die Annahme von System- und Akteurs-bezogenen Beliefs kann sich auf eine längere Forschungstradition stützen. So gehen Sell und Prakash davon aus, dass Interessen und Ideen – nun übersetzt als Akteurs-bezogene und System-bezogene Beliefs – im Austausch miteinander stehen und alle Akteure in ihren Belief-Systemen über beide Antriebskräfte verfügen (Sell und Prakash 2004).¹³ Die Bedeutung von System-bezogenen Beliefs als Erklärung für Akteurs-bezogene und folglich auch für politische Entscheidungen konnte in vielen Studien überzeugend dargelegt werden. Darunter sind bekannte, wie die Untersuchung von Heclo (1974) zur Sozialpolitik in Großbritannien und Schweden, oder von Hall (1993) zur Wirtschaftspolitik in Großbritannien. Aber auch in neueren Werken betonen Autoren die Bedeutung von System-bezogenen Beliefs auf politische Entscheidungen, wie etwa Gieve und Provost (2012) in ihrer Analyse zur Finanzmarktkrise zwischen 2007-2009. Dagegen scheint die Annahme, dass die auf sich bezogenen ökonomischen und politischen Beliefs der Akteure auch auf die Welt ihrer Ideen einwirken, ein Allgemeinplatz zu sein. Daher wird lediglich darauf hingewiesen, dass auch Akteure, wie etwa Umweltgruppen, ihr Handeln nach diesen Gesichtspunkten ausrichten, etwa bei der Akquise von Mitgliedern und Unterstützern (Keck und Sikkink 2018; Sabatier 1998). Nachdem nun Beliefs über sich selbst und die eigene Organisation als Akteurs-bezogene Beliefs den traditionellen System-bezogenen Beliefs zur Seite gestellt wurden, ergibt sich ein detaillierteres Bild über die Kategorien eines Belief-Systems. Die folgende Tabelle stellt alle Elemente dar:

Abbildung 2: Aufbau von Belief-Systemen

| Belief-Ebene | System-bezogene Beliefs | | Akteurs-bezogene Beliefs | |
|-------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Normative Beliefs zum System | Empirische Beliefs zum System | Normative Beliefs zum Akteur | Empirische Beliefs zum Akteur |
| Deep Core Beliefs | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand |
| | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand |

¹³ Sell und Prakash stehen in diesem Punkt wiederum in der Tradition von Hall (1989).

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Policy Core Beliefs | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand |
| | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand |
| Secondary Aspects | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand | Wünschenswerter Zustand |
| | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand | Tatsächlicher Zustand |

Quelle: Eigene Darstellung

Salienz und Hierarchie von Beliefs

Neben der kontextuellen Bedeutung von Beliefs ist es wichtig, deren Wichtigkeit für einen Akteur im Zeitverlauf zu kennen. Diese variable Bedeutung wird auch als Salienz bezeichnet, saliente Beliefs sind also diejenigen, welche das Handeln einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt prägen (Fishbein und Ajzen 1975). Salienz oder verwandte Konzepte wie Zeitfenster und der Umgang mit Zeitmangel haben in der Politikwissenschaft eine traditionsreiche Perspektive. So beruhen das *garbage can model* (Cohen et al. 1972), der *multiple streams approach* (Zahariadis 2014; Kingdon 1984), das *discrimination model of probabilistic choice and framing* (Lindenberg und Frey 1993) und die *punctuated equilibrium theory* (Jones und Baumgartner 2005a; Baumgartner et al. 2014) zum Teil auf Salienz beziehungsweise Aufmerksamkeitsspannen. Auch in der ACF-Forschung konnte aufgezeigt werden, dass Beliefs durch Veränderungen im Subsystem an Salienz gewinnen können (Pierce 2011). Über die Politikwissenschaft hinaus wird Salienz im RAA als ein Faktor definiert, welcher menschliches Verhalten ganz allgemein prägt (Fishbein und Ajzen 2010, S. 98–103). Auch Sabatier hebt die Bedeutung von schwankender Salienz in seiner Einführung des Advocacy Coalition Frameworks hervor. Sie wirkt nach Ansicht des Autors bei der Formierung der öffentlichen Meinung (Sabatier 1988, S. 130) und es ist die hohe Salienz, die gerade Policy Core Beliefs zum Fokus-Punkt der Koalitionsbildung macht (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 134). Daraus folgt, dass ein Belief nicht notwendigerweise für jeden Akteur in einem Subsystem gleichbedeutend sein muss. Ein Secondary Aspect, der für einen Sachbearbeiter von größter Wichtigkeit ist, kann für seinen Vorgesetzten, der das komplette Subsystem im Sinn hat, beispielsweise nur Mittel zum

Zweck sein. Der Gedanke, dass Beliefs zumindest prinzipiell in ihrer Salienz schwanken können, wird als eine der Grundlagen bei der Erarbeitung von Hypothesen in Kapitel 3 genutzt.

Zusammenfassung

Die in diesem Abschnitt aufgezeigten Praxis-Beispiele sowie die Erkenntnisse aus den Arbeiten anderer Autoren hatten zwei Ziele: Sie sollten einerseits zeigen, dass die Annahme natürlicher Stabilität der Policy Core Beliefs durch ihre theoretische Erweiterung entfallen ist. Andererseits sollten sie aufzeigen, dass die Welt der Beliefs wesentlich umfangreicher ist, als im ACF bisher verdeutlicht wurde. Wenn also auch im Policy Core Veränderungen stattfinden, muss die Natur des Beliefs, seine Einbettung in das gesamte Belief-System und seine Bedeutung für den Akteur untersucht werden.

2.4 Advocacy-Koalitionen und Policy-Broker

Ein weiterer wichtiger Baustein des ACF besteht aus der Anordnung der Akteure in Koalitionen. Die Koalition ist sowohl eine Handlungs- als auch eine Analyseeinheit des ACF. Handlungseinheit bedeutet, dass einzelne Akteure sich in der Realität anhand ähnlicher Belief-Systeme zu Koalitionen zusammenschließen und ihr Verhalten darin koordinieren. Je nach Situation bemühen sich Policy-Broker um einen Ausgleich zwischen den Blöcken. Analyseeinheit bedeutet, dass die Koalition eher als einzelne Akteure oder politische Systeme in der Lage ist, einen guten Kompromiss aus Realitätsnähe und methodischer Beherrschbarkeit für den Forscher zu bieten (Sabatier 1993).

2.4.1 Advocacy-Koalitionen, Koalitionsbildung und Policy-Broker

Bereits der Name Advocacy Coalition Framework lässt die Bedeutung des Konzepts der Koalition erkennen. Damit man von einer Koalition im Sinne des ACF sprechen kann, müssen zwei Faktoren erfüllt sein. Sabatier und Jenkins-Smith gehen zum einen davon aus, dass sich Akteure mit gemeinsamen normativen und kausalen Vorstellungen zusammenschließen (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Zum anderen ist die Koalition dann der Ort, an dem die Mitglieder ihre Handlungen abstimmen, wobei Sabatier als Intervall die eher unbestimmten Ausdrücke „*non-trivial*“ (Zafonte und Sabatier 1998) oder „*often*“ (Sabatier 1988). verwendet. Der Koordinationsbegriff umfasst unterschiedliche Ausprägungen, von gemeinsamen Plänen, bis zur Anpassung des eigenen Verhaltens durch Beobachtung der anderen Akteure im

Subsystem (Zafonte und Sabatier 1998). Ein zentraler Punkt der Forschung zum Advocacy Coalition Framework ist die Frage, warum Akteure überhaupt gemeinsame Ziele im politischen Prozess verfolgen. Der ACF macht dafür geteilte Beliefs verantwortlich, insbesondere einen geteilten Policy Core (Zafonte und Sabatier 1998). Der *devil shift* ist dabei ein Schmierstoff, der dazu beiträgt, dass sich gleichgesinnte Akteure einander annähern (Weible und Sabatier 2007). Die Koalition wird formiert, um die eigene Position durch Bündelung von Ressourcen zu stärken, Sabatier geht aber auch explizit davon aus, dass dabei der Druck entsteht, gemeinsame Positionen zu formulieren. Die Folge ist die Angleichung und Stabilisierung der Wertvorstellungen, die durch den kontinuierlichen Austausch der Akteure entsteht (Sabatier 1988, S. 140). Sabatier erwartet im Normalfall zwei bis vier, in Ausnahmen auch nur eine einzige Koalition (Sabatier 1993, S. 26). Im Wettbewerb miteinander stehend, versuchen sie, ihr Belief-System in Regierungsprogramme umzusetzen, wobei Sabatier erwartet, dass es zu jedem Zeitpunkt stärkere und schwächere Koalitionen gibt (Sabatier 1988, S. 148). Prinzipiell ist der Anzahl der Akteure in einer Koalition keine Grenze gesetzt, es könnten auch einzelne, an der Interaktion beteiligte Bürger in die Analyse aufgenommen werden, wie dies etwa Lulofs und Hoppe anregen (Lulofs und Hoppe 2010). Neben den Koalitionen führt der klassische ACF als zweite Handlungs- und Analyseeinheit den Policy-Broker ein (Sabatier 1988; Weible et al. 2009). Im Gegensatz zu den Koalitionen handelt es sich bei ihm um einen individuellen Akteur, dessen Ziel es ist, das Konfliktniveau im Subsystem auf ein Maß einzudämmen, welches noch Raum für Verhandlungen und eine Lösung des Konfliktes lässt (Sabatier 1988). Prädestiniert für eine solche Rolle sind nach Sabatier gewählte Amtsträger, Gerichte, Kommissionen und in europäischen Ländern auch hohe Beamte. Für Weible und Sabatier gehört auch die Anerkennung aller Parteien zum Charakter eines Policy-Brokers (Weible und Sabatier 2007). Den bisher umfangreichsten Beitrag zur Rolle des Policy-Brokers haben Ingold und Varone erbracht (Ingold 2011; Ingold und Varone 2012). Dazu gehört die Grundlegung der Motivations-Quellen für das Handeln von Brokern. Damit es überhaupt zu Verhandlungen kommt, muss der Broker ein eigenes Interesse an Interaktion haben. Gleichzeitig kann er aber nicht die Policy Cores einer der Koalitionen vertreten, da er sonst nicht als Broker akzeptiert wäre (Ingold und Varone 2012). Das trifft gemäß den Autoren vor allem auf Mitglieder der staatlichen Verwaltung und Parteien zu, also Akteure, die auch Larsen, Vrangbæk und Traulsen in den weichen Rändern der Koalitionen verortet haben (Larsen et al. 2006). Ein weiterer Faktor, der die Wahrscheinlichkeit einer Tätigkeit als Policy-Broker steigert, ist eine interne Spaltung

kollektiver Akteure über mehrere Koalitionen hinweg. Durch die Tätigkeit als Broker soll dann der Selbsterhalt des Akteurs gewährleistet werden. Ingold und Varone betonen auch, dass viele Autoren den Begriff des Brokers anders definieren als der ACF. So verbindet ihn beispielsweise Zahariadis mit dem Policy-Entrepreneur (Zahariadis 2007). Dabei handelt es sich um einen Akteur, der in besonderem Maße seine Ressourcen einsetzt, um ein politisches Ergebnis zu erreichen (Mintrom und Norman 2009). Nach Mintrom und Norman gehören zu dieser Tätigkeit vier Elemente: Soziale Sinnesschärfe¹⁴, die Problemdefinition, der Aufbau eines Teams und das Führen als Vorbild. Ein Akteur, der über diese Qualitäten verfügt und Gelegenheitsfenster nutzt, hat nach Mintrom und Norman höhere Chancen, einen Policy-Wandel herbeizuführen.

2.4.2 Das Koalitions-Modul in der praktischen Forschung

Einige jüngere Arbeiten haben diese theoretischen Annahmen empirisch untersucht und untermauert. So kommen sowohl Weible (Weible 2005) als auch Matti und Sandström (Matti und Sandström 2011) zu dem Schluss, dass gemeinsame Belief-Systeme Beziehungen von Akteuren besser erklären können, als der Einfluss, den Akteure in den Augen ihrer Mitakteure besitzen. Allerdings wurde das Koalitions-Modul auch dafür kritisiert, dass es einerseits nicht erklären könne, warum und in welcher Form sich Akteure überhaupt miteinander abstimmen. So haben beispielsweise Henry, Lubell und McCoy zwar bestätigt, dass die Hypothese von der Zusammenarbeit aufgrund gleicher Belief-Systeme auch in die andere Richtung wirkt und einen Unwillen zur Zusammenarbeit von Akteuren mit unterschiedlichen Ansichten erkennen lässt (Henry et al. 2011). Sie haben aber auch Zweifel geäußert, ob ein gemeinsamer Policy Core allein eine automatische Bindewirkung auslöst.¹⁵ Schlager und Blomquist argumentieren zusätzlich aus der Tradition der Forschung über kollektive Handlungen, dass der ACF nicht erklären könne, wie die Akteure Transaktionskosten, Verteilungsprobleme und das Trittbrettfahrer-Problem überwinden (Schlager und Blomquist 1996). Als Antwort haben ACF-Autoren argumentiert, dass auch instrumentelle Vorstellungen mit einer ähnlich großen

¹⁴ Eigene Übersetzung von *social acuity* (Mintrom und Norman 2009, S. 651), gemeint ist die Nutzung sozialer Netzwerke sowie eine realitätsnahe Wahrnehmung der Belief-Systeme anderer Akteure.

¹⁵ Die Autoren bezweifeln in ihrer Untersuchung zu regionalen Planungsprozessen in Kalifornien, dass die Annahme des ACF, der Policy Core bilde mit seiner Mischung aus Stabilität (im Vergleich zu den Secondary Aspects) und seiner häufigen Thematisierung im politischen Prozess (im Vergleich zum Deep Core) einen ausreichenden Grund für eine automatische Zusammenarbeit von Akteuren. Sie erwarten eher noch zusätzliche Faktoren wie die Existenz eines Akteurs, der aktiv die anderen Akteure zur Zusammenarbeit bringt (Henry et al. 2011).

Reichweite und Relevanz wie Policy Cores Beliefs als Bezugspunkt für Kooperation dienen können (Sabatier 1998). In Reaktion auf Schlager und Blomquist haben Zafonte und Sabatier den Begriff des koordinierten Verhaltens spezifiziert (Zafonte und Sabatier 1998). Demnach gibt es schwache und intensive Koordination. Während die Akteure bei der schwachen Koordination das Verhalten ihrer Mitakteure beobachten und darauf reagieren, äußert sich intensive Koordination in einer aktiven Zusammenarbeit. Die Erklärung von kollektivem Handeln wurde in der ACF-Version von 1999 durch die Übernahme von zwei Hypothesen von Schlager noch weiter verfeinert (Sabatier und Jenkins-Smith 1999; Schlager 1995). Demnach muss zwischen Kurzzeit- und Langzeit-Koordination unterschieden werden. Erstere findet statt, wenn die Akteure mit geteilten (Policy Core) Beliefs laufend in Kontakt stehen, nur geringe Informationskosten bezahlen müssen und annehmen, dass die betroffenen Policies jeden Teilnehmer fair behandeln. Damit letztere erfolgreich sein kann, müssen die Profiteure der Vorteile einer Koalition klar zu identifizieren und Mitglieder dieser Koalition sein, die Profite die Kosten der Mitgliedschaft überwiegen und die Akteure sich gegenseitig zur Sicherstellung der Einhaltung der Vereinbarungen beobachten können. Die überzeugendste Erklärung stammt von Fenger und Klok (Fenger und Klok 2001). Die Autoren haben den Begriff der Interdependenz, den Zafonte und Sabatier in den ACF eingebracht haben (Zafonte und Sabatier 1998), übernommen und adaptiert. Stand er bei Zafonte und Sabatier noch für das Maß an gegenseitiger Abhängigkeit verschiedener Subsysteme, so wenden ihn Fenger und Klok auf die Akteure und Koalitionen innerhalb eines Subsystems an. Dabei stellt Interdependenz das Maß dar, in dem die Handlungen des einen Akteurs von den Handlungen eines anderen abhängen (Fenger und Klok 2001). In einer symbiotischen Interdependenz muss also Alter eine Handlung durchführen, damit Ego sich entsprechend verhalten kann. Stehen die Akteure im Wettbewerb, so verhindert die Handlung von Alter die Handlung von Ego und im Falle von Unabhängigkeit behindern die Akteure sich durch ihre Handlungen nicht gegenseitig. In eine ähnliche Richtung geht die Arbeit Lubells über die wahrgenommene Effektivität kollektiven Handelns (Lubell 2003). Lubell setzt diese Wahrnehmung aus zwei Teilwahrnehmungen zusammen. Die erste ist der Belief über den Saldo des Netzwerk-Nutzens abzüglich der Transaktionskosten. Das heißt, manche für den Policy-Prozess notwendigen Ressourcen lassen sich nicht durch einzelne Akteure herstellen. Diese profitieren dann von einer Kooperation, wenn das Ergebnis die Transaktionskosten übersteigt, die zu dessen Herstellung notwendig sind. Die zweite Teilwahrnehmung besteht aus den Beliefs über die verschiedenen Aspekte der

Handlungsarena, ein Begriff, den Lubell von Ostrom übernommen hat (Ostrom 1999). Als Aspekte gelten unter anderem die Schwere und die Reichweite des Problems, wissenschaftliches Wissen, Konfliktlösung, Fairness der Entscheider, Vertrauen, Verbündete und Policy-Entrepreneure. Das Konzept von wahrgenommener Interdependenz ist für diese Arbeit deshalb so wichtig, da es zu der Erklärung beiträgt, warum Akteure Policy Core Beliefs erwerben, verändern, löschen oder beibehalten. Es fließt in die Variable *soziale Kohäsion* ein, welche in Kapitel drei im Detail erarbeitet wird.

Abbildung 3: Grundlagen von Kooperation und Konflikt bei Fenger und Klok

| Interdependency | Beliefs | | |
|-----------------|--|------------------------------|---|
| | Congruent | Indifferent | Divergent |
| Symbiotic | (1) Strong coordination | (2) Coalition of convenience | (3) Unstable conflict, depolitization, learning |
| Independent | (4) Weak coordination | (5) No coalitions | (6) Weak conflict |
| Competitive | (7) Coalition with severe collective action problems | (8) Weak conflict | (9) Strong conflict |

Quelle: Fenger und Klok (2001)

Zu den offenen Fragen der ACF-Forschung gehört, wie man mit Akteuren umgehen soll, die Aussagen zugunsten von mehr als einer Koalition treffen. Auf genau dieses Problem sind Larsen, Vrangbæk und Traulsen bei ihrer Analyse der dänischen Apotheken- und Arzneimittelpolitik gestoßen, (Larsen et al. 2006). In der Konsequenz haben sie vorgeschlagen, beim Aufbau von Koalitionen zwischen einem harten Kern und unscharfen Rändern¹⁶ zu unterscheiden. Für eine solche Erweiterung des Koalitionskonzeptes sprechen zwei Gründe. Zum einen hat die klassische Studie von Jenkins-Smith, St.Clair und Woods zur Öl- und Gasförderung in den USA ähnliche Resultate hervorgerufen (Jenkins-Smith et al. 1991). So mäandrierten auch hier Behörden bei der Wahl ihrer öffentlich eingenommenen Positionen stärker als andere Akteure. Es gibt also gute Gründe anzunehmen, dass die Akteursverteilung in jeweils nur eine Koalition nicht immer der Realität entspricht. Zum anderen unterscheidet der klassische ACF bereits bei den Beliefs zwischen dem stabileren Policy Core und den eher veränderbaren Secondary

¹⁶ Eigene Übersetzung der Begriffe *solid core* und *fuzzy edges*.

Aspects. Wenn Akteure also nicht jeden Gedanken gleich stark gewichten, ist es nur ein kleiner Schritt, anzunehmen, dass auch nicht alle Akteure die Elemente ihres Policy Cores gleich stark vertreten. Mit dem Gedanken kann man Akteure beschreiben, bei denen die Übereinstimmung der Belief-Systeme mit dem geteilten Belief-System einer oder mehrerer Koalitionen eher gering ausgeprägt ist. Obwohl diese Arbeit Veränderung und Stabilität von Policy Core Beliefs untersucht, ist es wichtig, sich die Kritik am Koalitions-Modul sowie die Vorschläge zu seiner Verbesserung zu vergegenwärtigen. Da Policy Core Beliefs bislang als sehr stabil angesehen wurden und für die Formierung von Koalitionen verantwortlich sind, können personelle Veränderungen in ihnen nur durch Tod, Ruhestand oder ähnliche Faktoren erklärt werden. Wenn es aber Akteure gibt, die nicht Mitglied allein einer Koalition sind oder sich nur schwach koordinieren, dann ist das ein Hinweis darauf, dass auch nicht alle Policy Core Beliefs zu einem bestimmten Zeitpunkt für einen Akteur wichtig sein müssen.

2.5 Interaktion, Policy-Lernen und politischer Wandel

Nachdem die theoretischen Annahmen zu Subsystemen, Akteuren und Koalitionen vorgestellt wurden, wird in Abschnitt 2.5 auf Policy-Lernen und politischen Wandel eingegangen.

2.5.1 Policy-Lernen

Lernprozesse, insbesondere ihr Ausmaß, Grenzen, Ablauf und Inhalt haben einen festen Platz in der Politikwissenschaft und können sowohl anhand unterschiedlicher theoretischer Ansätze als auch zahlloser Fallstudien nachvollzogen werden (Heikkila und Gerlak 2013). Vor diesem Hintergrund existieren verschiedene Annahmen und Schwerpunkte über Policy-Lernen. Der Advocacy Coalition Framework bietet folgende Definition an:

„Policy-oriented learning involves relatively enduring alterations of thought or behavioral intentions that result from experience and which are concerned with the attainment or revision of the precepts of the belief system of individuals or of collectivities (such as advocacy coalitions).“ Jenkins-Smith und Sabatier (1993b)

Er verbindet also Lernen weder mit einer wie auch immer gearteten Verbesserung, noch fordert er diese durch eine wertende Politikfeldanalyse ein (Bandelow 2003). Diese Formulierung bietet den Vorteil, dass sie keine prinzipiellen Einschränkungen über Inhalt oder Reichweite von Lernen kennt. Stattdessen kann das Lern-Modul mit den Erkenntnissen

anderer Autoren über verschiedene Aspekte des Lernens – auch über den ACF hinaus – flexibel kombiniert werden. Sie hat aber auch den Nachteil, keine Definitionen zu verschiedenen Aspekten im Bereich der Lerntechniken und des Lernprozesses anzubieten. Es erscheint daher geboten, Elemente aus einer Reihe von Arbeiten aus dem Bereich des politischen Lernens in den ACF zu integrieren. Zumindest macht der Ansatz aber deutlich, dass Wahrnehmungen durch die subjektive Bewertung nicht zu Lernprozessen führen müssen (Jenkins-Smith 1988, S. 177) und Lernen auch nicht zwangsläufig zu Veränderungen in der Ausgestaltung politischer Programme führt (Sabatier 1988, S. 148–149). Bedauerlicherweise gibt es keinen allgemeinen Ansatz, der einen Großteil aller Faktoren von Lernprozessen konsistent zusammenfassen würde. Daher werden in diesem Kapitel zunächst Erkenntnisse aus der ACF-Forschung sowie von weiteren Autoren aus dem Bereich des politischen Lernens vorgestellt. Wie Radaelli schreibt, werden Nullhypothesen bei Untersuchungen über Policy-Lernen nur selten durchgeführt, was die Messung der abhängigen Variablen beschädige (Radaelli 2009). Dieser Fehler soll vermieden werden, daher werden bei der Operationalisierung auch Nullhypothesen definiert. In der zusammenfassenden Literatur über das Thema Policy-Lernen wird häufig danach gefragt, warum es zu Lernprozessen kommt, wer lernt, sowie was und wie gelernt wird (Bennett und Howlett 1992; Bandelow 2009). Diese Leitfragen werden in Kombination mit weiteren Aspekten des Lernens im ACF zur Strukturierung des folgenden Abschnitts genutzt.

Eine Präzisierung des Lernbegriffs im Rahmen dieser Arbeit

Wie später noch zu sehen sein wird, kann Lernen im ACF zu geringfügigem politischem Wandel führen, während externe oder interne Ereignisse für grundlegenden Wandel notwendig sind (Jenkins-Smith et al. 2014). Da Veränderungen aus diesen Ursachen im Rahmen dieser Arbeit bereits mit der Verarbeitung in Lernprozessen verbunden wurden, muss dem Eindruck entgegengewirkt werden, Lernen könnte pauschal zu jeder Form von politischem Wandel führen. Dazu muss bereits an dieser Stelle zwischen Verhaltensänderungen durch graduelle Fortschritte bei der Anhäufung von Wissen innerhalb des Subsystems und Lernprozessen auf der Basis externer und interner Ereignisse unterschieden werden. Für den ersten Fall, der Lernen im bisherigen Sinne des ACF bezeichnet, wird analog zu diesem angenommen, dass er nur zu geringfügigem politischen Wandel führt. Diese Form wird im Rahmen dieser Arbeit als *Forschung* bezeichnet und kann durch inkrementelle Veränderungen über lange Zeiträume und

als Aufklärungs-Funktion im Sinne von Weiss (Weiss 1977) charakterisiert werden, so wie dies Jenkins-Smith und seine Kollegen für den traditionellen Lernbegriff getan haben (Jenkins-Smith et al. 2014). Verhaltensänderungen aus externen oder internen Ereignissen werden dagegen als *Gelegenheits-Lernen* bezeichnet. Die oft abrupte Natur der Ereignisse und die Tatsache, dass sie in vielen Fällen nicht zu erwarten sind, spiegelt sich im Charakter von Gelegenheits-Lernprozessen wider. Diese sind also auch weiterhin die Hauptursache für grundlegenden Wandel, auch wenn Forschung einen Beitrag dazu leisten kann. Mit dieser Differenzierung soll einerseits der Anspruch auf ein einheitlich interpretatives Akteurs-Modell aufrechterhalten werden. Andererseits soll sich dieses in Bezug auf die Auslöser von politischem Wandel im Geist des Advocacy Coalition Frameworks bewegen und dessen Annahmen über die Quellen für politischen Wandel beibehalten.

Warum wird gelernt?

Lernen im ACF ist hauptsächlich instrumentell begründet (Bennett und Howlett 1992; Sabatier und Jenkins-Smith 1999): Akteure wollen ihre Policy Core Beliefs gedanklich verteidigen und politisch verwirklichen. Dazu benötigen sie Informationen über den Status wichtiger System-Variablen sowie kausale Zusammenhänge der Elemente ihres Belief-Systems. Zudem interessieren sie sich dafür, wie sie ihre Beliefs am besten umsetzen können und welche potentiellen Gegenargumente dazu existieren (Sabatier 1988, S. 149–157). Nach Sabatier ist es insbesondere die Unzufriedenheit mit politischen Programmen und ihren Outputs, welche die Akteure nach besseren Lösungen und Strategien suchen lässt. Damit steht er in einer Reihe mit anderen prominenten Autoren. Auch Rose sieht darin beispielsweise den Grund, warum Akteure sogenanntes *lesson-drawing* betreiben (Rose 1991). Im Umkehrschluss werden Akteure, welche ihre Taktiken und Argumente nicht in Lern-Prozessen weiterentwickeln, ihre politischen Programme mit geringerer Wahrscheinlichkeit durchsetzen können (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b). Akteure und Koalitionen unterliegen also einem Druck zum Lernen. Die politische Umwelt bleibt dabei nicht statisch, sondern bietet im Verlauf des politischen Prozesses Schranken und Gelegenheiten für Lernprozesse (Jenkins-Smith 1988, S. 172). So können Unfälle (Busenberg 2001) oder Krisen (Gieve und Provost 2012) zu Lernprozessen führen. Wie Sabatier und Weible ausgeführt haben, können insbesondere Ereignisse innerhalb des Subsystems Herausforderungen an die Policy Core Beliefs der vorherrschenden Koalition und Zweifel an der Effektivität der eigenen politischen Programme erzeugen (Sabatier und

Weible 2007). Da Wissen und Informationen eine Ressource sind (vgl. Abschnitt 2.3.1), mit der politische Programme ausgestaltet werden können, kann es zwischen den Koalitionen zu einem Forschungs-Wettlauf kommen, den Sabatier als „*outlearning*“ bezeichnet (Sabatier 1988, S. 148–149). Durch die Erklärung von Lernen als Streben nach einer verbesserten Umsetzung von Policy Core Beliefs können allerdings nur Veränderungen bei den Secondary Aspects erklärt werden, nicht aber Veränderungen an den höherrangigen Beliefs. Mit dem VIM wird daher eine Begründung von Lernprozessen auf der Ebene der Policy Core Beliefs erarbeitet.

Wer lernt?

Lernfähig im Rahmen des ACF sind Akteure jeden Alters, allerdings nur Individuen wie Koalitionsmitglieder und Broker und keine Kollektive (Jenkins-Smith et al. 2014). Nichtsdestotrotz gibt es kollektive Lernprozesse, die ohne mehrere, arbeitsteilige Akteure nicht funktionieren könnten. Diese lassen sich im ACF dann abbilden, wenn sie als Summe individueller Lernprozesse aufgefasst werden, wie dies Heikkila und Gerlak tun (Heikkila und Gerlak 2013). Da aber ausschließlich Veränderungen an den Beliefs individueller Akteure untersucht werden, werden kollektive Lernprozesse im Rahmen dieser Arbeit ignoriert. Auch wenn sich die meisten Lernsubjekte innerhalb des Subsystems befinden, können Akteure von Außerhalb durch neue Informationen dazu bewegt werden, in eine bestehende Koalition einzutreten oder eine neue zu gründen (Nohrstedt und Weible 2010; Sabatier 1988).

Wie wird gelernt?

Für die Darstellung von Lernprozessen verwendet der ACF eine Heuristik mit mehreren Phasen (Sabatier 1988, S. 133). In der ersten Phase evaluieren Akteure ihr Verhalten in Feedback-Schleifen und bemühen sich um eine Vergrößerung ihres Wissens durch Forschung. Aus der Festlegung in Abschnitt 2.3.2, dass für einen Akteur alle Phänomene der politischen Umwelt in Form von Beliefs dargestellt werden, ergibt sich auch, dass sowohl interne als auch externe Ereignisse zu einer Veränderung der korrespondierenden Beliefs und damit zu Policy-Lernen führen können. Die gesammelten Daten werden in der zweiten Phase verarbeitet, dabei unterliegen sie allerdings subjektiven und selektiven Filtern. Sie werden also in das Belief-System gemäß dessen existierender Inhalte integriert und können auch gänzlich ignoriert werden, wenn sie dieses infrage stellen. Neben den bestehenden Beliefs nehmen weitere Faktoren Einfluss auf Umfang und Ablauf von Lernprozessen: Unter anderem relativ stabile

Parameter und externe Ereignisse (Sabatier 1988, S. 135–137), technische und funktionelle Eigenheiten des Konfliktgegenstandes (Jenkins-Smith 1988, S. 193–198), soziale Dynamiken (Heikkilä und Gerlak 2013, S. 497–498) und die Existenz von vermittelnden Foren (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 198–199). Von besonderer Bedeutung für Möglichkeit und Reichweite von Lernprozessen ist das Konfliktniveau (Jenkins-Smith 1988; Weible 2008; Weible et al. 2010). Je stärker die eigenen Policy Core und Deep Core Beliefs durch neue Daten bedroht werden und je schwerer die daraus folgenden potentiellen Verluste in der Auseinandersetzung mit dem politischen Gegner wiegen, desto weniger sind die Akteure einerseits bereit, diese zu akzeptieren. Andererseits steigt mit dem Ausmaß der wahrgenommenen Bedrohung auch die Bereitschaft, Ressourcen in Forschungsprozesse zu investieren, mithin innerhalb der Koalition lernen zu wollen (Jenkins-Smith 1988, S. 177). Diese Effekte können durch den *devil shift* noch verstärkt werden (Sabatier et al. 1987). Der Effekt des Konfliktniveaus wirkt aber nicht gleichmäßig, sondern hängt von den Grenzen der Koalitionen ab: Während innerhalb der Koalitionen vergleichsweise einfach gelernt wird, finden Lernprozesse über die Grenzen der Koalitionen nur bei einem mittelstarken Konfliktniveau statt. Wie in der ersten Lern-Hypothese formuliert, äußert sich letzteres zum einen in einer Ressourcen-Basis aller Koalitionen, welche die Teilnahme an einer informierten Debatte zulässt. Zum anderen bestehen die besten Chancen für Koalitions-übergreifendes Lernen, wenn entweder nur wichtige Secondary Aspects beider Seiten umstritten sind, oder auf der einen Seite nur Secondary Aspects und auf der anderen Policy Core Beliefs. Im Umkehrschluss sinken die Chancen für einen Kompromiss, wenn der Konflikt auf beiden Seiten Policy Core Beliefs tangiert. Ist das Konfliktniveau dagegen gering oder stark ausgeprägt, haben die Koalitionen entweder kein Interesse aneinander oder verweigern sich jedem Impuls der Gegenseite (Jenkins-Smith et al. 2014). Die Integration durch Filter kann in Kombination mit unvollständigen oder geheimen Informationen und teilweise nur schwer zu messenden Erfolgen und Fehlern auch dazu führen, dass kein Lernen stattfindet oder die tatsächlichen Outcomes eines veränderten Verhaltens nicht mit den gewünschten Resultaten übereinstimmen (Busenberg 2001, S. 179; Levitt und March 1988, S. 335; Sabatier 1988, S. 151). Dazu tragen einerseits Fehlanahmen in den Beliefs über die eigenen Fähigkeiten der Kontrolle bestimmten Verhaltens bei (Fishbein und Ajzen 2010). Andererseits sind die Akteure durch ihre knappen Ressourcen häufig gezwungen, Informationen durch vereinfachte Heuristiken zu interpretieren, was ebenfalls zu Fehl-Interpretationen führen kann (Heikkilä und Gerlak 2013). Wie Converse gezeigt hat, können Akteure, denen leitende Heuristiken bewusst

vorenthalten wurden, andere Beliefs entwickeln, als wenn ihnen diese mitgeteilt worden wären (Converse 1964). Die Wahrnehmung von Fehlern und Missständen führt dann wiederum zu einer Weiterentwicklung der eigenen Beliefs (May 1992; Rose 1991). Lernen erfolgt häufig langsam und inkrementell aus der Summe der angehäuften Informationen, ein Prozess, den Weiss als Aufklärungs-Funktion der Forschung bezeichnet hat (Weiss 1977). In diesem Bewusstsein gehört die Annahme einer Langzeitperspektive zu den Grundsätzen des ACF, um Lernen, wie auch andere Veränderungen in den Subsystemen verfolgen zu können (Jenkins-Smith et al. 2014). Nach Sabatier erfolgen das Sammeln und die Verarbeitung von Daten einerseits als gezielte Suche nach Wissen, andererseits aber auch als Reaktion auf Gelegenheiten (1988). Akteure können also entweder retrospektiv auf Ereignisse reagieren, oder prospektiv wünschenswerte, neue Verhaltensweisen entwickeln. Das wirkt sich auch auf die zur Verfügung stehenden Lerntechniken aus. So wäre eine Adaption von beobachteten Verhaltensweisen bei ausschließlich prospektivem Lernen nicht möglich (Krause 1997). Ebenso können die einzelnen Phasen von Lernprozessen absichtlich oder unabsichtlich ausgelöst werden, etwa durch Katastrophen (Heikkila und Gerlak 2013; Busenberg 2001). Wenn Lernprozesse als dritte Phase durch die Datenverarbeitung ausgelöst wurden, können sich diese in veränderten Beliefs und daraus folgenden Verhaltensweisen äußern. Dazu gehören etwa Wechsel hinsichtlich der präferierten Policy-Instrumente (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b), das Verlassen der Koalition durch einzelne Akteure (Nohrstedt und Weible 2010) oder die Annäherung von Koalitionen in zumindest einzelnen Beliefs (Lertzman et al. 1996; Pierce 2011). Ungeklärt ist hingegen, welche Rolle die Verbreitung von Beliefs innerhalb des Lern-Moduls spielt (Weyland 2005). Einerseits weist Sabatier darauf hin, dass durch Belief-Diffusion die Beliefs einer Koalition verändert werden können. Dieser Prozess ist sogar notwendig, um Akteure auf die eigene Seite zu ziehen (Sabatier 1988, S. 149–152). Andererseits wird Belief-Diffusion nicht explizit als Teil des Lernprozesses bezeichnet, sondern sogar an einer Stelle begrifflich von Lernen unterschieden (Sabatier 1988, S. 149). Da der ACF aber keine alternative Erklärung für das Aneignen eines Beliefs anbietet und dessen Entwicklung eine Veränderung im Sinne der Lern-Definition gegenüber einem Zustand ohne einen Belief darstellt, wird auch der Neu-Erwerb von Beliefs im Rahmen dieser Arbeit als Lernen bezeichnet. Dabei handelt es sich auch um eine Möglichkeit, zu erklären, wie die so wichtigen Policy Core Beliefs formiert werden. Wie Bennett und Howlett zurecht anmahnen, wurde dieser Punkt in der ACF-Forschung bisher nur unzureichend beleuchtet (Bennett und Howlett 1992). Dagegen haben sich Jenkins-Smith

und Sabatier zu der Frage geäußert, unter welchen Bedingungen sich neue Beliefs verbreiten. Demnach werden diese zunächst durch individuelles Lernen entwickelt und erfahren dabei Widerstand durch Gruppen-Dynamiken, ehe sie sich unter den Mitgliedern der Gruppe verbreiten (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b). Manche Akteure einer Koalition wirken also als Träger von Innovation, die sie – bevorzugt aber nicht nur – innerhalb ihrer Koalition verbreiten. Umgekehrt orientieren sich Akteure in Lernprozessen an Vorbildern (Cobb 1973; Dudley 2007). Auf ähnliche Weise können sich bestimmte Handlungsmuster auch von einem Teil einer Gruppe auf einen anderen übertragen, wenn ersterer eine bestimmte Schwelle an Mitgliedern überschreitet (Scharpf 2006).

Formen des Lernens

Zu den Problemen Lern-zentrierter Politikwissenschaft gehört die Frage, welche Formen menschlichen Verhaltens als Lernprozess anerkannt werden können (Bennett und Howlett 1992; May 1992; Radaelli 2009). So bezeichnen manche Autoren nur solche Mechanismen als Lernen, bei denen eine Verhaltensänderung auf der Grundlage von eigener Reflexion und einem Verständnis der Bestandteile der ihr zugrundeliegenden Annahmen erfolgt. Beispiele dafür sind Meseguer (Meseguer 2005) und May (May 1992). Daraus folgt, dass Nachahmung für diese Autoren keine Form des Lernens darstellt. Gegen eine solche Einschränkung im Rahmen dieser Arbeit sprechen allerdings drei Gründe: Erstens müsste dann für jede Verhaltensänderung eines Akteurs nachvollzogen werden, ob dieser sie auch verstanden hätte. Angesichts der langen Untersuchungsdauer und der zu erwartenden Vielzahl an Akteuren wäre das eine kaum zu bewältigende Aufgabe. Sie wäre auch unnötig, denn die Lern-Definition des ACF macht zweitens die intellektuelle Durchdringung eines Verhaltens nicht zu einer Voraussetzung für Lernen. Drittens wird davon ausgegangen, dass eine klare Unterscheidbarkeit hinsichtlich des Dualismus „verstanden / nicht verstanden“ einen Idealtypus darstellt. Es wird stattdessen angenommen, dass ein Akteur bei der Übernahme eines Verhaltens zumindest einige rudimentäre Grundlagen verstanden hat. Umgekehrt steigt bei zunehmender Komplexität des übernommenen Verhaltens die Wahrscheinlichkeit, dass er nicht alle seine Aspekte verstanden hat. In der Konsequenz werden Nachahmung sowie verwandte Konzepte, wie *lesson-drawing* (Rose 1991) und symbolisches Lernen (Radaelli 2009) grundsätzlich als Formen des Lernens behandelt.

Im Vergleich mit Nachahmung sind Experimente und praktische Erfahrungen unumstrittene Formen des Lernens. Akteure experimentieren, da ihnen häufig ausreichend detaillierte Informationen über die Folgen eines Verhaltens fehlen und sie daher unterschiedliche Taktiken, Argumente und Bausteine für ihre politischen Programme entwickeln und erproben müssen (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b). Zu den Techniken in diesem Bereich gehören die Anwendung abstrakter Prinzipien oder der Verhaltensbildung anhand von Analogien. Erfahrungen wiederum können aus den Beobachtungen von Prozessen oder Verhaltens-Vorbildern gezogen werden (Nadler et al. 2003). Die Angleichung der Lernenden an die Lehrenden geht dabei nicht nur von ersteren aus, sondern wird durch letztere aktiv betrieben. Akteure versuchen andere Akteure von der Richtigkeit ihrer Beliefs zu überzeugen, mit dem Ziel, sie in die eigene Koalition zu integrieren (Sabatier 1988). Wenn Akteure innerhalb der eigenen Gruppe Informationen verbreiten, greifen sie dabei auch auf Narrative zurück (Heikkila und Gerlak 2013). Die Ergebnisse von Experimenten und Erfahrungen fließen in Form von Feedback-Schleifen an die Akteure zurück. Sie können in formellen und informellen Treffen sowie Evaluations-Prozessen einzeln oder im Dialog durch mehrere Akteure einer Gruppe und in unterschiedlich systematischer Weise ausgewertet werden (Heikkila und Gerlak 2013).

Die abstrakteste Form des Lernens ist die Neu-Erzeugung von Wissen ohne bereits existierende Erfahrungen und ohne praktische Experimente. Nach Weiss sammeln politisch interessierte Akteure¹⁷ Informationen über ihr Politikfeld und bilden aus deren Summe neuen Ideen und Perspektiven, ohne sie einer bestimmten Quelle zuordnen zu können (Weiss 1977). Wie die Aufzählung potentieller Quellen, aus denen die Innovationen gespeist werden, bei Weiss zeigt, können diese wiederum auf fremden Erfahrungen beruhen. Wie das Beispiel von Jenkins-Smith und Sabatier über Luftverschmutzung in Los Angeles und anderen Stadtgebieten zeigt, können Lerneffekte aus Erfahrung, Experimenten und Neu-Erzeugung von Wissen auch in Kombination auftreten (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b).

Koalitions-übergreifendes Lernen

Wie bereits erwähnt, finden in wettbewerblich orientierten Subsystemen Lernprozesse hauptsächlich innerhalb der Koalitionen statt, während Akteure in kooperativ geprägten Subsystemen auch über deren Grenzen hinweg lernen können (Weible et al. 2010). Welche

¹⁷ Übersetzung des Begriffs *polycymaker*

Faktoren zu Kooperation führen, gehört bereits seit den ersten Arbeiten zum Forschungsinteresse des ACF (Sabatier 1988, S. 155–157). Er macht dazu vier Faktoren verantwortlich (Jenkins-Smith et al. 2014): Erstens die Existenz eines Forums, welches der Vermittlung zwischen den gegensätzlichen Koalitionen dient. Nach Jenkins-Smith gibt es offene, geschlossene und professionelle Foren (Jenkins-Smith 1988). Die beiden ersten haben nach Ansicht des Autors in Bezug auf die Lösungsfähigkeit politischer Konflikte schwerwiegende Defizite: In offenen Foren fehlen einheitliche wissenschaftliche Standards, die den Konflikt begrenzen könnten. Durch die unbegrenzte Teilnahme von Akteuren ohne einen solchen Hintergrund verlagert sich der allgemeine Konflikt im Subsystem in das Forum, wodurch die Kompromissfindung erschwert wird. Geschlossene Foren haben zwar den Vorteil, dass sie nur eine bestimmte Menge an Akteuren zulassen und dadurch interne Konflikte verringern, dabei aber dennoch ihren Initiatoren Informationen verschaffen. Da auf diese Weise aber kein Konsens mit den Ausgeschlossenen gefunden wird, sinkt ihre Konfliktlösungsfähigkeit für das gesamte Subsystem. Professionelle Systeme stehen dagegen prinzipiell allen Akteuren offen, sortieren aber diejenigen aus, die nicht über ein passendes Training oder technische Kompetenz verfügen. Nach Jenkins-Smith werden die diskussionsfähigen Beliefs auf diese Weise auf einen gemeinsamen Pool an Wissen und Techniken reduziert, so dass die Kompromissfindung erleichtert wird. Ein professionell orientiertes Forum allein genügt allerdings nicht. Damit Koalitions-übergreifendes Lernen möglich ist, muss es gemäß der zweiten Lern-Hypothese zusätzlich einen Grad an Ansehen genießen, welches Akteure aller Koalitionen zur Teilnahme zwingt. Da, wie bereits beschrieben, Informationen aber unterschiedlich verarbeitet werden und zu unterschiedlichen Lern-Ergebnissen führen können, ist das Attribut „professionell“ eine subjektive Zuschreibung, die nicht von allen Akteuren geteilt werden muss. Die Chancen zur Konfliktlösung durch Foren steigt also in dem Maße, in dem Vertreter aller Koalitionen in Bezug auf die Anwendbarkeit von Theorien, Daten und Methoden übereinstimmen (Weible et al. 2010). Spätere Arbeiten haben die Kompromissfindung durch unparteiische Policy-Broker, neutrale Finanzierung, eine längere Existenz mit mindestens sechs Treffen im Jahr sowie die Existenz eines *hurting stalemate* (vgl. Abschnitt 2.5.2) als Erfolgsfaktoren derartiger Foren ergänzt (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Der zweite Faktor für das Ausmaß an Koalitions-übergreifendem Lernen ist das Konfliktniveau. Hier lohnt es sich, auf die Arbeit Meijerinks über den Einfluss von Interdependenzen auf Koalitions-übergreifendes Lernen hinzuweisen (Meijerink 2010). Der Autor zeigt anhand einer

Fallstudie auf, dass Lernprozesse bei wahrgenommener Interdependenz auch zwischen konkurrierenden Koalitionen auftreten können. Aus ihr und den Arbeiten von Fenger und Klok (Fenger und Klok 2001) sowie Weible (Weible 2005) ergibt sich die Frage, in welchem Verhältnis Beliefs über die Ausgestaltung eines Subsystems und Überlegungen über sinnvolle oder notwendige Taktiken bei der Formierung des allgemeinen Verhaltens eines Akteurs stehen. Der dritte Faktor für Lernprozesse über die Grenzen von Koalitionen hinweg liegt in der Natur der potentiellen Lerngegenstände begründet. Je größer die Komplexität des Konfliktgegenstandes und die Reichweite der ihn betreffenden kausalen Effekte sind, je stärker normative Konflikte um ihn ranken und je weniger einheitliche wissenschaftliche Standards im Subsystem bestehen, desto größer die Unsicherheit und die Varianz bei den Erklärungsansätzen. In der Folge bestehen nur geringe Chancen, dass Akteure beider Seiten eine gemeinsame Basis finden (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b). Dies schlägt sich in den Lern-Hypothesen 3 und 4 nieder. Nach Jenkins-Smith und Sabatier kann sich dieser *analytical tractability* genannte Faktor auch verändern. So kann die Anhäufung von Wissen dazu führen, dass zunächst gemeinsame wissenschaftliche Standards und dann gemeinsame Beliefs gefunden werden. Als vierter Faktor kann auch die Existenz von Akteuren mit Belief-Systemen, die einen Kompromiss zwischen den Koalitionen bevorzugen, Lernen über Koalitions Grenzen hinweg vereinfachen. Dabei handelt es sich zum einen um moderate Akteure aller Parteien, zum anderen um Policy-Broker, die diese Prozesse aktiv fördern (Jenkins-Smith et al. 2014). Damit Lerneffekte tatsächlich als Koalitions-übergreifend bezeichnet werden können, muss ihnen ein beobachteter Dialog vorausgehen. Damit heben sie sich von Prozessen ab, bei denen Beliefs auf beiden Seiten durch Zufälle oder externe Ereignisse verändert wurden (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b).

Was wird gelernt?

Die Lerngegenstände im ACF sind die Beliefs, auf deren Grundlage Meinungsäußerungen und Verhalten beruhen. Damit spiegelt dieser Abschnitt das Kapitel über die verschiedenen Arten von Beliefs wider. Akteure können also sowohl in Bezug auf die Natur eines Problems und seine Lösung als auch auf die zu nutzenden Taktiken im politischen Diskurs lernen (Jenkins-Smith et al. 2014). Für eine nähere Bestimmung aller Lerngegenstände bietet sich die Verwendung einer der zahlreichen Klassifikationen zu diesem Thema an (Heikkila und Gerlak 2013; Radaelli 2009; Bennett und Howlett 1992; Dunlop und Radaelli 2013, 2018). Im Rahmen dieser Arbeit wird die Typologie von May genutzt (May 1992). Demnach gibt es erstens *instrumentelles Policy-Lernen*,

bei dem sich Einstellungen gegenüber politischen Programmen oder einzelnen Maßnahmen daraus verändern. Zweitens kann es Lernprozesse hinsichtlich der sozialen Konstruktion eines Problems und der wünschenswerten Ziele auf diesem Gebiet geben, was als *soziales Policy-Lernen* bezeichnet wird. Drittens können die Akteure nach May durch *politisches Lernen*¹⁸ neue Informationen über politische Prozesse oder Taktiken gewinnen. In diese Kategorien können bei Bedarf besondere Lernprozesse integriert werden. So erwerben Akteure bestimmte Verhaltensweisen um ihrer selbst Willen und lediglich zu dem Zweck, dafür Glaubwürdigkeit und die Anerkennung anderer Akteure zu erlangen. Ein solches Verhalten, bei dem Wissen eine legitimierende oder unterstützende Funktion für andere Beliefs übernimmt, wird als *symbolisches Lernen* bezeichnet (Radaelli 2009; Boswell 2008; Weyland 2005). Durch seinen Charakter als taktisches Mittel ist es hauptsächlich der Kategorie politisches Lernen zuzuordnen. Auch wenn die Typologie von Dunlop und Radaelli über die Varietäten von Lernen nicht systematisch genutzt wird, ist sie ein hervorragender Stichwortgeber für die Umstände, unter denen Lernprozesse stattfinden (Dunlop und Radaelli 2018): Etwa das Maß an Unsicherheit, welches über den Gegenstand besteht, zu dem gelernt wird oder Lernen über den Charakter von Regeln in Hierarchien und über die Ziele anderer Akteure in Verhandlungen.

Während es für die Belief-Arten keine Einschränkung hinsichtlich ihrer Offenheit für Lernprozesse gibt, gehört die Annahme unterschiedlicher Stabilität bei den verschiedenen Ebenen der Belief-Hierarchie als dritte Koalitions-Hypothese zum Kern des ACF. Während Lernen auf der Ebene der Secondary Aspects generell anerkannt wird, werden Veränderungen der Policy Core Beliefs als unwahrscheinlich bezeichnet (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b; Sabatier und Weible 2007). Der Grund dafür liegt in der schon mehrfach erwähnten selektiven Wahrnehmung der Akteure, aber auch in kollektiven Prozessen, wie gegenseitiger Druck und die Bestätigung der eigenen Beliefs durch die übrigen Koalitions-Mitglieder (Sabatier 1988, S. 147). Dementsprechend kann der Ansatz bisher nicht erklären, warum in zahlreichen Feldstudien Lernprozesse auf dieser Ebene nachgewiesen werden konnten (Eberg 1997; Elliott und Schlaepfer 2001; Feindt 2010; Larsen et al. 2006; Nohrstedt 2010; Sabatier und Brasher 1993; Heikkilä et al. 2014). Auch außerhalb des ACF gehen Autoren wie Hall mit dem Konzept des *third order change* (Hall 1993) oder May mit dem sozialem Policy-Lernen (May 1992) von

¹⁸ Bei den Begriffen handelt es sich um Übersetzungen ihrer Pendants *instrumental policy learning*, *social policy learning* und *political learning* (May 1992, S. 332).

der Möglichkeit aus, dass auch fundamentale Ansichten über ein Subsystem verändert werden können. Wie Dudley (Dudley 2007) sowie Norstedt und Weible (Nohrstedt und Weible 2010) aufgezeigt haben, würde die komplette Resistenz von Policy Core Beliefs gegenüber Lernprozessen zudem verschiedene Frage aufwerfen: Warum können Akteure zwischen Koalitionen wechseln? Auf welche Weise werden externe Ereignisse wie Wirtschaftskrisen als Grundlage für weitreichenden Wandel verarbeitet? Wie können weitreichende Veränderungen an politischen Programmen und im kollektiven Verhalten auf der Basis von Verhandlungen erklärt werden? Dass sich im Fall der letztgenannten Prozesse auch Policy Core Beliefs ändern können, erkennt auch Sabatier an (1988, S. 155–156). Diese analytischen Probleme lassen sich auflösen, wenn man Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs anerkennt. Zur besseren Typisierung von Lernprozessen wird zudem festgelegt, zwischen *geringfügigem* und *grundlegendem Policy-Lernen* zu unterscheiden, je nachdem ob ein Secondary Aspect oder ein Policy Core Belief durch Lernprozesse verändert wird.¹⁹ Abbildung 4 fasst die Elemente des Policy-Lernens zusammen:

Abbildung 4: Lernen im Rahmen dieser Untersuchung

| Belief-Ebene | Belief-Diffusion / Belief-Löschung | | Belief-Veränderung | |
|---------------------|---|---|---|---|
| | Forschung | Gelegenheitslernen | Forschung | Gelegenheitslernen |
| Deep Core Beliefs | Nicht im ACF beschrieben | Nicht im ACF beschrieben | Im ACF nicht möglich | Im ACF nicht möglich |
| Policy Core Beliefs | Instrumentelles Policy-Lernen, Soziales Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen, Soziales Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen, Soziales Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen, Soziales Policy-Lernen |
| Secondary Aspects | Instrumentelles Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen | Instrumentelles Policy-Lernen |

Ausgeprägt als

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Intra-Koalitions-Lernen | Koalitions-übergreifendes Lernen |
|-------------------------|----------------------------------|

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁹ Im Englischen wird analog das Begriffspaar *minor / major policy learning* vorgeschlagen.

2.5.2 Politischer Wandel

Dieser Abschnitt stellt in mancherlei Hinsicht eine Summe der ACF-Forschung dar und schließt so den Kreis zu den bisherigen Kapiteln. Von politischem Wandel kann gesprochen werden, wenn Elemente eines politischen Programms verändert werden (Jenkins-Smith et al. 2014). Da die Programme eine Ableitung ihrer Belief-Systeme darstellen, streben dominante Koalitionen deren Erhalt an, während die Herausforderer sie in ihrem Sinne revidieren oder zumindest eigene Beliefs verwirklichen wollen. Da Policy Core Beliefs durch ihre hohe Reichweite sowie Salienz die Verbindung zwischen den Mitgliedern einer Koalition konstituieren, besitzen auch die aus ihnen hervorgehenden Kernpunkte der politischen Programme deren höhere Stabilität. Daraus folgt im ACF als Wandel-Hypothese 2, dass die zentralen Attribute eines politischen Programms nicht wesentlich verändert werden, solange die Koalition, die es verwirklicht hat, über den zuständigen Kompetenzbereich verfügt. Als Ausnahme von dieser Regel kennt die Hypothese aber auch den Fall, dass eine übergeordnete Instanz einen Wandel erzwingt. Demgegenüber sind Secondary Aspects sowohl innerhalb eines Belief-Systems als auch innerhalb eines politischen Programms anfälliger für Kritik, zudem müssen sie in der Koalition nicht von allen Akteuren geteilt werden. Daher sind Änderungen auf dieser Ebene leichter möglich und treten nach Ansicht von Jenkins-Smith und seinen Kollegen relativ häufig auf. Anhand der Belief-Hierarchie wird im Advocacy Coalition Framework auch zwischen *geringfügigem* und *grundlegendem politischem Wandel*²⁰ unterschieden. Während im ersten Fall nur Secondary Aspects verändert werden, beinhaltet grundlegender politischer Wandel eine Veränderung von mindestens einem Kernaspekt eines politischen Programms. Politischer Wandel kann durch vier Faktoren ausgelöst werden: Lernen, externe und interne Ereignisse sowie Verhandlungen. Bereits in den ersten Arbeiten hat Sabatier die Bedeutung von Lernprozessen, verstanden als Forschung, für politischen Wandel betont (Sabatier 1988, S. 133). Wie bereits erwähnt, führen sie im Rahmen des ACF eher zu geringfügigem Wandel oder verstärken die Wirkung anderer Faktoren und erfolgen inkrementell über längere Zeiträume (Jenkins-Smith et al. 2014). Da die Details wie Voraussetzungen, Umfang oder Techniken des Lernens bereits im vorherigen Abschnitt vorgestellt wurden, wird an dieser Stelle nicht nochmals darauf eingegangen. Demgegenüber können externe Faktoren, wie entsprechende Ereignisse oder auch die Wirkung der relativ stabilen Parameter, grundlegenden Wandel auslösen (Jenkins-Smith et al. 2014). Dazu werden Veränderungen in verschiedenen

²⁰ Übersetzung der Begriffe *major* und *minor policy change*, vgl. z.B. Jenkins-Smith et al. (2014, S. 201).

Einflussgrößen gezählt, die auf die Koalitionen im Subsystem einwirken können: Bei den sozioökonomischen Bedingungen, der öffentlichen Meinung, der zuständigen Regierungskoalition sowie Ereignisse in anderen Subsystemen, die sich auf das eigene Subsystem auswirken (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Auch aufoktrozierter Wandel durch eine übergeordnete Instanz kann den Kern eines politischen Programms verändern (Mawhinney 1993). Externe Faktoren bieten im Vergleich zu Forschungs-Prozessen ein größeres Potential zur Vermehrung der Ressourcen einer Koalition und können daher größere Veränderungen als diese nach sich ziehen (Jenkins-Smith und Sabatier 1993c). Zudem können externe Ereignisse auch Policy Core Beliefs von Akteuren der dominanten Koalition verändern (Sabatier und Weible 2007). Ihre Existenz allein garantiert allerdings noch keinen Wandel innerhalb eines politischen Programms. Dazu muss ein Faktor unter Berücksichtigung der kurzfristigen Zwänge und Ressourcen einerseits sowie von Gelegenheits-Lernen andererseits so verarbeitet werden, dass die Innovatoren ausreichende Kompetenzen zur Regelsetzung erhalten (vgl. Abschnitt 2.2). Erst dann ist die Koalition in der Lage, ein politisches Programm zu verändern. Die wichtigsten Schlüssel dabei sind Veränderungen der öffentlichen Meinung und Aufmerksamkeit, die Schaffung von Gelegenheitsfenstern sowie die Umverteilung von Ressourcen. Weitere Einflussgrößen sind nach Jenkins-Smith et al. explizit vorstellbar und können bei Bedarf durch den Forscher hinzugefügt werden (Jenkins-Smith et al. 2014). Die bislang unterlegene Koalition muss also externe Faktoren geschickt ausnutzen und die Voraussetzungen für den Umschwung gezielt schaffen, um den Ressourcen-Vorsprung der bisher dominanten Koalition zu überwinden (Jenkins-Smith et al. 2014). Zu den neueren Erkenntnissen der ACF-Forschung gehört, dass auch Ereignisse, welche thematisch innerhalb eines Subsystems anzusiedeln sind, ähnlich wie externe Ereignisse wirken können (Sabatier und Weible 2007). Das bedeutet vor allem, dass sie ebenfalls zu weitreichendem politischem Wandel führen können. In diese Kategorie fallen insbesondere Katastrophen, Skandale und Fehlschläge politischer Programme (Jenkins-Smith et al. 2014). Auch Ruhestand oder Tod wichtiger Akteure werden zu dieser Kategorie gezählt (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Charakteristisch für interne Ereignisse ist, dass sie Missstände aufzeigen und Fragen aufwerfen. In der Folge kann es dazu kommen, dass wichtige Ressourcen zwischen den Koalitionen umverteilt werden, wodurch es zu einer Verschiebung im Machtgefüge kommen kann. Interne Ereignisse wirken unterschiedlich, je nachdem ob sie von einem Akteur einer dominanten oder einer oppositionellen Koalition wahrgenommenen werden. Während sich Akteure der bisher

unterlegenen Koalition in ihrem Denken bestätigt fühlen, erzeugen sie nach Sabatier und Weible in der dominanten Koalition Zweifel über die Richtigkeit der eigenen Policy Core Beliefs und den aus ihnen folgenden politischen Programmen. Wie auch bei externen Ereignissen lösen sie weitreichenden Wandel nicht von alleine aus, sondern müssen gezielt durch die bisher unterlegene Koalition ausgenutzt werden (Jenkins-Smith et al. 2014). Ebenfalls ein Produkt der ACF-Version von 2007 sind Veränderungen auf der Basis von Verhandlungen. Sabatier und Weible greifen dabei bestehende Überlegungen zu Lernprozessen über die Grenzen von Koalitionen hinweg (Sabatier und Jenkins-Smith 1999) auf und systematisieren Voraussetzungen und Katalysatoren für erfolgreiche Verhandlungslösungen (Sabatier und Weible 2007). Die wichtigste davon ist das sogenannte *hurting stalemate*, also eine Situation, in der die Konfliktparteien den gegenwärtigen Zustand als nicht hinnehmbar einschätzen, aber keine unilaterale Lösung erzwingen können. Auf dieser Basis tragen die Inklusion aller potentiellen Vetospieler, ein als neutral angesehener und fähiger Policy-Broker, konsensorientierte Entscheidungsregeln, multilaterale Finanzierung des Forums, Ausdauer und Einsatz der Akteure bei der Lösungsfindung, ein von empirischen Fragen geprägter Konfliktgegenstand, vertrauensbildende Maßnahmen sowie unattraktive Alternativen zur Konfliktlösung bei. Ergänzend dazu sei noch auf die unterstützende Rolle eines professionellen Forums verwiesen (Jenkins-Smith 1988). Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ausgestaltung der Broker-Rolle wurden bereits in Abschnitt 2.4.3 beschrieben. Nach Sabatier zeichnen sich Verhandlungslösungen zu einem politischen Programm in einer Synthese aus den Policy Core Beliefs beider Konfliktparteien aus (Sabatier 1988, S. 161–162). Damit derartige Koalitionen aller Parteien dauerhaft stabil bleiben, sind eine als fair wahrgenommene Verteilung der Gewinne sowie der Austausch von Konflikt-orientierten Akteuren durch solche mit Fokus auf Konsens notwendig (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 150). Verhandlungen als vierter Faktor für politischen Wandel wurden explizit in den ACF aufgenommen, um korporatistische Systeme besser untersuchen zu können (Sabatier und Weible 2007). Daher sei an dieser Stelle noch ergänzt, dass gerade in korporatistischen Systemen Verhandlungen nicht immer freiwillig erfolgen müssen, sondern den Akteuren auch legal aufoktroziert sein können.

3 Das Variablen-Intentionen-Modell für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren

In diesem Kapitel werden zunächst noch einmal die Schwierigkeiten reflektiert, die im Advocacy Coalition Framework mit Policy-Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs bestehen. Um eine Lösung dazu anbieten zu können, werden Hypothesen erarbeitet, die Lernen als Folge von Optimierungs-Prozessen innerhalb des Belief-Systems beschreiben. Dabei wird argumentiert, dass Akteure konstant alternativen Policy Core Beliefs ausgesetzt sind, die ihre Belief-Systeme herausfordern. Ein Akteur wird einen Policy Core Belief ergänzen, verändern oder löschen, wenn er zu dem Schluss kommt, dass er mit Veränderungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs seine höherrangigen Beliefs besser umsetzen kann. Dazu muss einerseits eine Reihe von *Variablen*, die aus der bestehenden ACF-Forschung abgeleitet werden, einen starken Lern-Anreiz erzeugen. Andererseits muss der Lernprozess kompatibel zu den *Intentionen* sein, das sind die generellen Vorstellungen des Akteurs über die Ausgestaltung des Subsystems, die aus der Gesamtheit seiner Beliefs erschlossen werden können.

3.1 Problemstellung und Begriffsdefinitionen

Fassen wir nochmals die bisher ermittelte Problematik zu Lernprozessen rund um die Policy Core Beliefs zusammen: Entgegen der Erwartungen im ACF finden sich zahlreiche Beispiele, in denen es zu Veränderungen auf dieser Ebene gekommen ist, wobei es nur wenige Studien über die Diffusion von Policy Core Beliefs gibt. Zu beiden Phänomenen gibt es weder eine Erklärung, welche kompatibel zu den Grundannahmen des Ansatzes wäre, noch eine Untersuchung über die Natur und den Umfang solcher Lernprozesse innerhalb eines Subsystems. Die Bewältigung dieser Aufgaben wird dadurch erschwert, dass der Begriff Policy Core Belief durch die stetige Zunahme seines Inhalts unscharf geworden ist. Aus diesem Grund wurde zunächst in Abschnitt 2.3.2 ein systematischer Überblick über die Unterkategorien der Policy Core Beliefs erarbeitet. Diese Vorarbeit sollte aufzeigen, dass sich Policy Core Beliefs in Bezug auf ihre Verhaftung in empirischen oder normativen Fragen unterscheiden. Auf dieser Basis wird nun diskutiert, wodurch der Erhalt von Beliefs bestärkt wird, wie die Akteure deren Revision prüfen und welche Faktoren zu Lernprozessen führen. Die Erarbeitung der Prämissen und Hypothesen orientiert sich an einer Reihe von Regeln zur Konstruktion kausaler Theorien von King, Keohane und Verba (King et al. 1994) beziehungsweise Sartori (Sartori 1970):

- Hypothesen und Theorien müssen falsifizierbar sein
- Alle Bestandteile müssen in sich konsistent sein

- Die abhängigen Variablen sollen eine möglichst hohe Varianz potentieller Ergebnisse zulassen und einer Überprüfung der Nullhypothese zugänglich sein
- Begriffe und Definitionen sollen möglichst konkret gefasst werden und klare Abgrenzungen ermöglichen
- Die Hypothesen sollen möglichst breit anwendbar sein
- Die Regeln der Theoriebildung und die Regeln zur empirischen Datenerhebung sollen unabhängig voneinander erarbeitet werden.

Hinter allen Neuerungen steht der Anspruch, weiterhin auf den grundlegenden Annahmen des ACF hinsichtlich der Belief-Systeme individueller Akteure zu verbleiben: Deren Entstehung auf der Basis eingeschränkter Rationalität, ihrem hierarchischen Aufbau, unterschiedlicher Stabilität und ihrer Rolle als Ursache für Kooperation und Konflikt. Die eigenen Forschungshypothesen zu grundlegendem Policy-Lernen sollen den Charakter eines Modells innerhalb des Lern-Moduls annehmen, so wie dies auch Dunlop und Radaelli für ihr Modell von Policy-Lernen als analytischem Framework praktiziert haben (Dunlop und Radaelli 2018, S. 58–62). Dieses kann dann bei Bedarf zur Erklärung entsprechender Vorgänge aktiviert werden.

3.2 Definitionen

Zur besseren Übersicht werden zunächst die Elemente des Begriffs „grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren individueller Akteure“ sowie weitere wichtige Schlüsselbegriffe definiert, darunter auch solche, welche erst später im Detail entwickelt werden.

Policy-Lernen

Gemäß dem Lernbegriff im ACF wird Policy-Lernen im Rahmen dieser Arbeit als relativ dauerhafte Veränderung von Ideen und Verhaltens-Intentionen auf der Basis von Erfahrungen bezeichnet, die in Zusammenhang mit dem Erlangen oder Verändern der Annahmen des Belief-Systems stehen. Als Lernprozess unterscheidet es sich von Belief-Veränderungen in einer Koalition, die auf dem Wechsel von Personal beruhen (Bandelow 1999; Elliott und Schlaepfer 2001). Beide Formen können aber parallel zueinander innerhalb der Koalitionen auftreten. Für einen Lernprozess muss ein Akteur nicht alle Elemente und kausalen Beziehungen vollständig verstehen. Dieser liegt auch vor, wenn er eine Idee oder ein Verhalten unter unvollständigem Verständnis übernimmt. Akteure können ihr Belief-System sowohl in der Folge eigens

vorangetriebener Forschungsprozesse innerhalb des Subsystems, als auch in Form von Gelegenheits-Lernen als Reaktion auf interne oder externe Ereignisse verändern. Policy-Lernen beinhaltet erstens die *Belief-Diffusion*, also die erstmalige Annahme eines Beliefs. Zweitens umfasst sie die *Veränderung von Beliefs*, die bis hin zu deren Ersetzung durch gegenteilige Annahmen führen kann. Drittens können Policy Core Beliefs auch *gelöscht*, das heißt nicht länger vertreten werden.

Policy-Beharren

Situationen oder Zeiträume, in denen ein Akteur im Untersuchungszeitraum keine Beliefs übernimmt, verändert oder löscht, werden als Policy-Beharren bezeichnet.

Grundlegend

Policy-Lernen ist grundlegend, wenn nicht nur Secondary Aspects verändert werden, sondern mindestens auch ein Policy Core Belief. Gemäß der Definition von Policy-Lernen gibt es grundlegende Belief-Diffusion, Belief-Veränderung und Belief-Löschung. Zudem muss zwischen grundlegendem Policy-Lernen und grundlegendem politischen Wandel differenziert werden. Die Veränderung eines Policy Core Beliefs kann, muss aber nicht zur Reformierung wesentlicher Aspekte eines politischen Programms führen und für eine substantielle Veränderung politischer Programme muss keine grundlegende Belief-Veränderung stattgefunden haben. Ebenso ist ein Zerfall der betroffenen Koalition als Folge des Lernprozesses möglich, aber nicht garantiert. Der Grund liegt darin, dass einerseits Parameter, wie die langfristigen Gelegenheitsstrukturen und die kurzfristigen Beschränkungen und Ressourcen der Akteure, grundlegenden politischen Wandel erst ermöglichen müssen. Andererseits kann der betroffene Policy Core Belief nur eine untergeordnete Rolle im Belief-System der individuellen Akteure eines Kollektivs spielen, so dass Lernen an dieser Position nicht zu grundlegendem politischen Wandel führt.

Individuelle Akteure

Die in diesem Kapitel erarbeiteten Forschungshypothesen sollen in erster Linie individuelles Lernverhalten erklären. Es ist daher denkbar, dass kollektives Lernen mit den folgenden Forschungshypothesen nicht oder nur durch weitere Modifikationen erklärbar ist.

Intentionen

Intentionen sind die Gesamtheit der Beliefs eines Akteurs, die seine Vorstellungen von der tatsächlichen und der wünschenswerten Ausgestaltung eines Subsystems bilden. Aus ihnen kann die Bedeutung eines einzelnen Beliefs oder die Natur der Verbindung zwischen mehreren Beliefs für einen individuellen Akteur geschlossen werden. Innerhalb der Intentionen bestimmt die Beziehung eines Policy Core Beliefs zu den Deep Core Beliefs und den übergeordneten Beliefs, welche Stabilität er zu einem bestimmten Zeitpunkt aufweist.

Ego-, Alter und Objekt-zentrierte Variablen

Darunter werden verschiedene Phänomene zusammengefasst, die Anreize für grundlegendes Policy-Lernen bieten oder bestärkend auf Policy Core Beliefs wirken. Während manche dieser Variablen ausschließlich bestärkend wirken, bestimmt bei anderen die konkrete Ausgestaltung der Variable, ob sie bestärkend oder herausfordernd wirkt.

Herausforderung

Eine Herausforderung besteht aus einem oder mehreren Phänomenen innerhalb oder außerhalb eines Subsystems, die einen Anreiz bilden, einen alternativen Policy Core Belief zu übernehmen, oder einen bestehenden zu verändern oder zu löschen. Die Phänomene bringen den Akteur zunächst dazu, die bestehenden Beliefs auf die optimale Wirkung hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Verwirklichung seiner Intentionen innerhalb des Subsystems zu überprüfen, dabei haben sie den Charakter von Anomalien. Wenn die Herausforderung stärker ausgeprägt ist als die Beharrungskräfte, welche für eine Beibehaltung ausschließlich der bestehenden Policy Core Beliefs sprechen, kommt es zu einem grundlegenden Lernprozess.

Salienz

Verwendet wird der Salienz-Begriff von Eichhorn: Demnach ist ein kognitives Element für einen Akteur salient, wenn es in psychischer Nähe (d.h. Bedeutung) zu ihm steht, über hervorstechende und leicht abzugrenzende Eigenschaften verfügt, er wiederholte Informationen darüber erhält und diese erst vor kurzer Zeit übermittelt wurden (Eichhorn 1996). Beliefs verfügen neben ihrem Inhalt über einen Grad an Salienz, der aufgrund neuer Informationen schwanken kann.

3.3 Akteure zwischen Beharren und Verändern von Beliefs

Der Kern dieser Arbeit ist der Gedanke, dass für das Verständnis von grundlegendem Policy-Lernen beziehungsweise von Policy-Beharren zwei Elemente wichtig sind: Erstens besitzt jeder erlernte Policy Core Belief eine für jeden Akteur individuelle Bedeutung, die in unterschiedlicher Stabilität resultiert. Ebenso bewertet der Akteur auch jeden noch nicht erlernten Belief individuell. Zweitens stehen zwischen den Policy Core Beliefs eines Akteurs und allen alternativen Policy Core Beliefs verschiedene Variablen, welche über Lernen und Nicht-Lernen entscheiden. Diese Elemente werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

3.3.1 Intentionen zur Erfassung des individuellen Kontexts von Beliefs

Bei der Bestimmung der individuellen Bedeutung eines Policy Core Beliefs stößt man auf drei Phänomene: Er kann erstens aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs abgeleitet worden sein. Zweitens können auch Einflüsse aus übergeordneten Subsystemen für die Formierung eines Policy Core Beliefs verantwortlich sein. Drittens äußert ein Akteur einen Policy Core Belief meist nicht isoliert, sondern zusammen mit anderen Beliefs, die verdeutlichen, was er mit ihm genau meint. Um damit umgehen zu können, wird das Konzept der Intentionen zur Bestimmung der Bedeutung einzelner Beliefs eingeführt.

Ausgangslage: Inhaltlich unbestimmte Beliefs können vielfältig interpretiert werden

Akteure können Policy Core Beliefs, wie beispielsweise „das politische Programm sollte reformiert werden“ äußern. Da aber Begriffe wie „Reform“, „Wohlstand“ oder „Umwelt“ unterschiedlich und insbesondere auch taktisch geschickt interpretiert werden können (Swaffield 1998; Chock 1995; Laitin 1988), stellt sich die Frage, was ein Policy Core Belief für den einzelnen Akteur bedeutet. Da Beliefs an Bedeutung gewinnen können (Pierce 2011), kann auch gefragt werden, was ein Belief zu einem bestimmten Zeitpunkt bedeutet und ob sich diese Bedeutung im Zeitverlauf verändert hat. Diese Erkenntnis ist wichtig, denn die Höhe der Salienz eines Beliefs, verstanden als seine Bedeutung für den Akteur, entscheidet zusammen mit seiner Reichweite über die Rolle bei der Bestimmung des Akteurs-Verhaltens (Sabatier 1998). Um diese Frage zu beantworten, kann man im ACF drei Anknüpfungspunkte finden. Der erste ist die Annahme von kausalen Beziehungen zwischen den Elementen eines Belief-Systems (Sabatier und Hunter 1989). Dabei denken Akteure über die Verbindung von Policies und normativen Werten nach und man kann davon ausgehen, dass sie prinzipiell zu

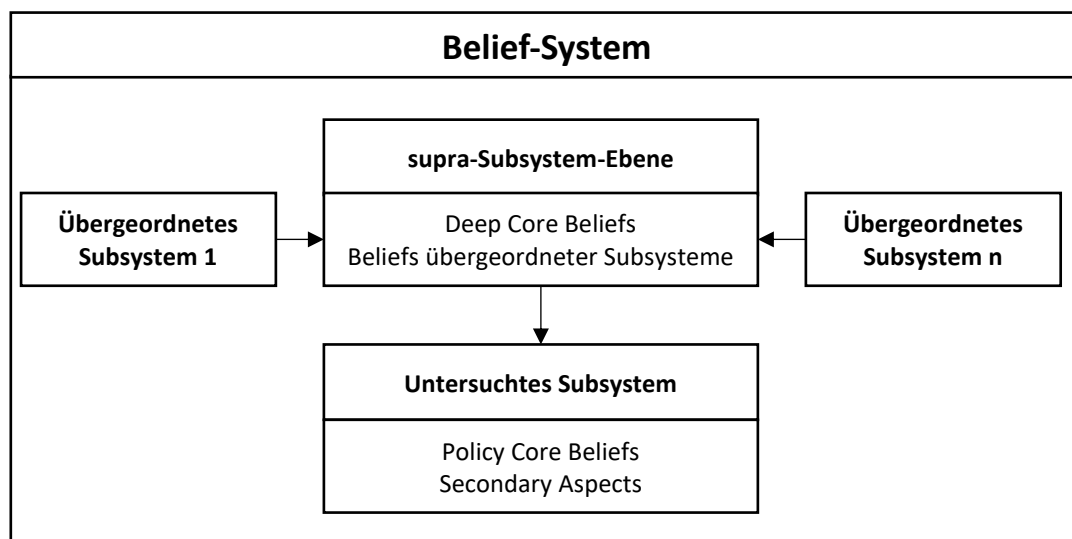
unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Der zweite ist die Ableitung der Policy Core Beliefs von den Deep Core Beliefs (Sabatier 1988; Jenkins-Smith 1988). Zuletzt wird in der Koalitions-Hypothese 2 des ACF formuliert, dass Akteure mit gemeinsamen Policy Core Beliefs unterschiedliche Secondary Aspects halten können. Wenn man alle drei Ausgangspunkte kombiniert, liegt es nahe, dass Akteure Policy Core Beliefs aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs entwickeln und diese dabei mit unterschiedlichen Bedeutungen aufladen können.

Auch Beliefs übergeordneter Subsysteme können Policy Core Beliefs determinieren

Belief-Systeme besitzen aber eine komplexere Struktur als nur die direkte Verbindung zwischen einem Deep Core und einem Policy Core Belief. Wie in Abschnitt 2.2.1 dargelegt wurde, können Akteure im ACF auch Mitglied in mehreren Subsystemen sein, insbesondere, wenn sich diese geographisch oder strukturell überlappen oder ineinander verschachtelt sind (Sabatier und Jenkins-Smith 1999). Zudem werden Einflüsse aus einem Subsystem auch als externe Ereignisse für ein anderes bewertet. Da die Belief-Systeme im Allgemeinen hierarchisch angeordnet sind, muss es auch für diese Verbindung im Speziellen eine Hierarchie geben. Es erscheint also logisch, dass diese Einflüsse auch so wirken können, dass ein Belief aus einem übergeordneten Subsystem den Inhalt von Beliefs aus einem untergeordneten vorgibt. Wenn er eine solche Wirkung besitzt, wird er als *übergeordneter Belief* bezeichnet. Die Beliefs aus umwelt-, verkehrs- oder wirtschaftspolitischen Subsystemen auf nationaler Ebene können so beispielsweise die Policy Core Beliefs eines untergeordneten Subsystems auf regionaler Ebene bestimmen. Es gäbe dann zwei Möglichkeiten, wie ein Policy Core Belief entsteht: Ein Policy Core Belief könnte entweder direkt aus einem Deep Core Belief abgeleitet werden, oder aus einem oder mehreren Beliefs, die ihren Ausgangspunkt in einem Deep Core Belief hatten. Diese Beziehung ist dann für die Erforschung der Stabilität von Policy Core Beliefs relevant, wenn der Akteur sein Verhalten im untersuchten Subsystem konsistent mit den Beliefs anderer Subsysteme halten will. Allerdings ist auch klar, dass diese übergeordneten Beliefs nicht zwangsweise die Stabilität eines Deep Core Beliefs besitzen müssen, denn es ist denkbar, dass auch Secondary Aspects des übergeordneten Subsystems determinierend in einem untergeordneten wirken. Daher wird für alle Beliefs, welche sich auf Objekte außerhalb des Subsystems beziehen, als neue Kategorie die *supra-Subsystem-Ebene* eingeführt. Hierin fallen die bereits etablierten Deep Core Beliefs sowie die übergeordneten Beliefs. Die bisherigen Attribute der normativen Deep Core Beliefs bleiben dabei erhalten und gelten auch nur für sie.

Synonym zu dem Begriff supra-Subsystem-Ebene werden die dort vorhandenen Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs auch als *höherrangige Beliefs* bezeichnet. Inhaltlich beruht diese Anordnung auf der Untersuchung von Jones und Jenkins-Smith über Trans-Subsystem-Dynamiken (Jones und Jenkins-Smith 2009). Dabei hat sich gezeigt, dass das von ihnen untersuchte Subsystem zum Thema Klima-Wandel im Austausch mit sieben weiteren Subsystemen stand (Jones und Jenkins-Smith 2009). Diese komplexen Beziehungen und die Existenz einer politischen Welt außerhalb und oberhalb des Subsystems soll mit der supra-Subsystem-Ebene eine konzeptionelle Basis finden.

Abbildung 5: Schematische Darstellung eines Belief-Systems



Quelle: Eigene Darstellung

Der Gedanke der Ableitung von Policy Core Beliefs sowohl aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs als auch aus unterschiedlichen übergeordneten Beliefs ist im Advocacy Coalition Framework noch nicht verankert. Deswegen wird er als erste Forschungshypothese formuliert:

Forschungshypothese 1: *Policy Core Beliefs können aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs oder den Beliefs übergeordneter Subsysteme entwickelt werden.*

Beliefs können vielfältig kombiniert werden

Die Komplexität von individuellen Belief-Systemen kann sich zudem durch einen weiteren Aspekt erhöhen: Selbst, wenn Akteure mit Policy Core Beliefs inhaltlich dasselbe ausdrücken wollen, können sie dieses in unterschiedlichen Kombinationen formulieren. Wenn mehrere Akteure beispielsweise mit einer Reform dasselbe Ziel erreichen wollen, können sie dazu

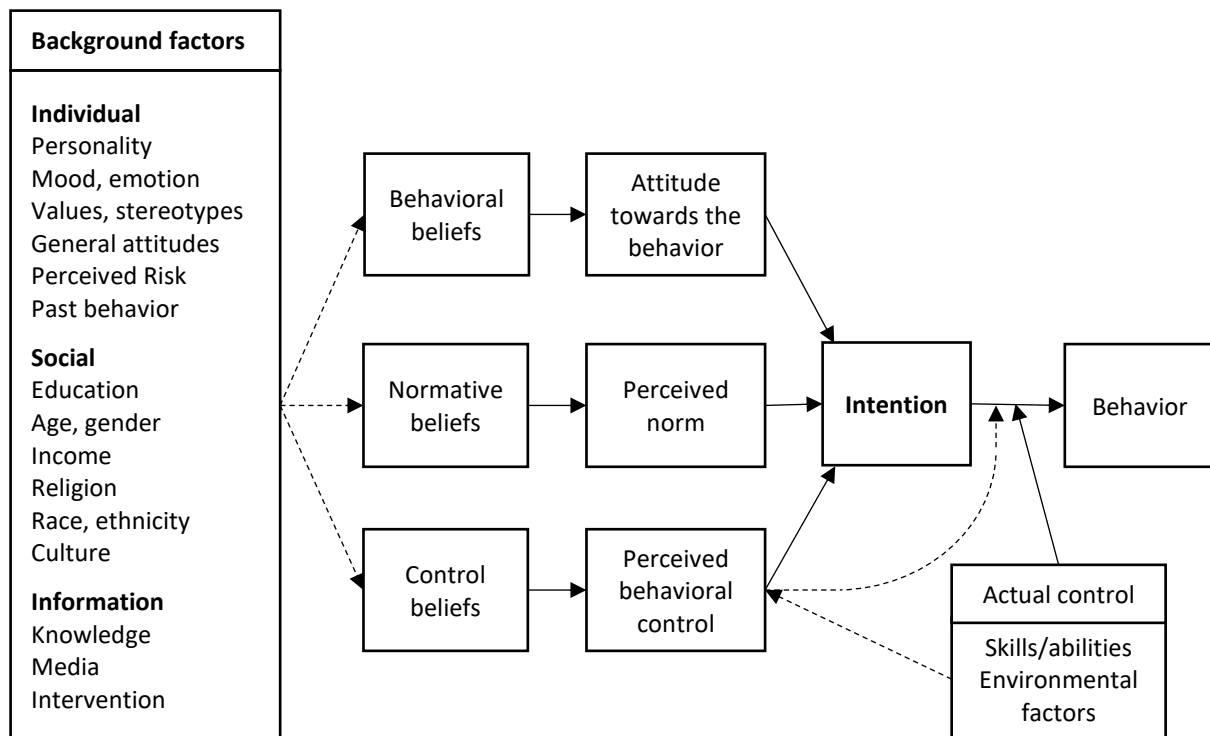
unterschiedliche, möglicherweise unvereinbare Mittel präferieren. Auch hier handelt es sich nicht nur um ein theoretisches Problem, sondern auch um ein empirisches. Larsen, Vrangbæk und Traulsen haben in ihrer Untersuchung über die dänische Apotheken-Politik festgestellt, dass manche Akteure keiner Koalition eindeutig zugeordnet werden konnten, sondern Policy Core Beliefs beider Koalitionen vertraten (Larsen et al. 2006). Ähnliche Beobachtungen hat auch Weible gemacht (Weible 2007).

Intentionen zur Analyse von Verbindungen zwischen Beliefs

Aus all dem folgt, dass man für jeden Akteur die Kombination seiner Policy Core Beliefs mit seinen übrigen Beliefs betrachten muss, wenn man sein Denken verstehen und scheinbare Widersprüche bei geteilten Beliefs aufklären will. Dazu muss ein Konzept gefunden werden, welches diese kausal verbundenen Ausschnitte aus den Belief-Systemen von Akteuren zusammenfasst und zudem eine Überprüfung der gerade vorgestellten Determinanten eines Policy Core Beliefs zulässt. Es muss zudem möglich sein, mehrere dieser Ausschnitte von verschiedenen Akteuren miteinander vergleichen zu können. Der Begriff Belief-System kommt dafür nicht infrage, da mehrere Belief-Systeme trotz partieller Überschneidungen insgesamt unterschiedlich ausfallen können. Das Konzept muss zudem mit dem Vokabular und den Grundannahmen des ACF harmonisieren, um in diesen integriert werden zu können. In der Literatur mit sozialpsychologischem Bezug werden unterschiedliche Begriffe für einen Teilausschnitt von Beliefs angeboten (Fishbein und Ajzen 1975; Cobb 1973; Converse 1964; Fishbein und Ajzen 2010; Peffley und Hurwitz 1985; Swaffield 1998): *Attitude*, *Belief Cluster*, *Ideology*, *Idea-Element*, *Intention* oder *Frame*. Die detaillierteste und stringenteste Systematik findet sich im *reasoned action approach* (RAA) von Fishbein und Ajzen (Fishbein und Ajzen 2010), welcher aus der TRA hervorging (Fishbein und Ajzen 1975). Diesen Denkansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er Beliefs in drei Kategorien fasst, welche gemeinsam die Handlungs-Intention²¹ eines individuellen Akteurs bilden.

²¹ Ab hier wird die Begriffe *Intention* oder *Intentionen* als verkürzte Form und Synonym verwendet.

Abbildung 6: Der reasoned action approach nach Fishbein und Ajzen



Quelle: Fishbein und Ajzen (2010)

Alle drei Kategorien finden sich zumindest implizit bereits im ACF, wenn auch mit Bezug zu einem komplexeren Verhalten, als dies bei den oft einfach gehaltenen Beispielen bei Fishbein und Ajzen der Fall ist. So wird etwa angenommen, dass die Beliefs unter selektiver Wahrnehmung und imperfekter Informations-Verarbeitung erlernt werden. Wie bei einem gesamten Belief-System, dessen Ausschnitt die Intentionen ja sind, sind sie so angeordnet, dass sie in Bezug auf Zustimmung oder Ablehnung zu einem bestimmten Objekt konsistent sind. Und durch ihren Charakter als Summe der wichtigsten Beliefs in einem bestimmten Subsystem sind sie auch handlungsleitend. Elemente der wahrgenommenen Normen können im Umgang mit den relativ stabilen Parametern, langfristigen Gelegenheitsstrukturen und in der Koalitions-Formierung identifiziert werden. Und auch wenn im ACF Strategien außerhalb des Belief-Systems angesiedelt sind, kann man annehmen, dass Akteure in ihren diesbezüglichen Planungen auch die wahrgenommene Beherrschbarkeit ihres Verhaltens im Auge behalten.²² Zudem stehen RAA und TRA in inhaltliche Nähe zum ACF, der sich – wie im Abschnitt über hierarchische Belief-Systeme beschrieben – auch auf die Arbeit von Fishbein und Ajzen stützt.

²² Da Strategien von Akteuren und Koalitionen im Rahmen dieser Arbeit keine Rolle spielen, wird die Beziehung zwischen ihnen und dem Belief-System nicht geklärt. Eine Klarstellung in diesem Bereich wäre aber für zukünftige Versionen des ACF wünschenswert.

Vor allem aber bietet der Gedanke, dass nicht ein einzelner Belief gegenüber einem Objekt ein Verhalten auslöst, sondern die Summe mehrerer passender Beliefs (Fishbein und Ajzen 1975), eine Erklärung für die unterschiedlichen Ableitungen die einen Belief erzeugen beziehungsweise die Konsequenzen, die aus ihm erwachsen. Auf der theoretischen Ebene würde der Gedanke bedeuten, dass ein einzelner Policy Core Belief auch verändert werden kann während andere Beliefs oder die Koalitionen dabei stabil bleiben. Zudem können abhängig von den jeweiligen Intentionen einzelne Policy Core Beliefs über Koalitionen hinweg geteilt werden, ohne dass letztere miteinander verschmelzen.²³ Vor allem geht daraus hervor, dass hinter einem von mehreren Akteuren geteilten Policy Core Belief individuelle Werte in hierarchischen Belief-Systemen stehen, die bei unterschiedlicher Konfiguration über Lernen und Nicht-Lernen entscheiden können. Gerade im Zusammenhang mit übergeordneten Beliefs muss deswegen nachvollzogen werden, wie der einzelne Akteur einen Policy Core Belief logisch ableitet. Intentionen sind also die Gesamtheit der Beliefs eines Akteurs, die seine Vorstellungen von der tatsächlichen und der wünschenswerten Ausgestaltung eines Subsystems bilden. Aus ihnen kann die Bedeutung eines einzelnen Beliefs oder die Natur der Verbindung zwischen mehreren Beliefs für einen individuellen Akteur geschlossen werden. Innerhalb der Intentionen bestimmt die Beziehung eines Policy Core Beliefs zu den Deep Core Beliefs und den übergeordneten Beliefs, welche Stabilität er zu einem bestimmten Zeitpunkt aufweist. Sie sind für diese Arbeit deshalb so wichtig, da sie aufzeigen, welche übergeordneten Zielen mit dem jeweiligen Policy Core Belief verwirklicht werden sollen. In der Konsequenz ist der Policy Core Belief nicht absolut oder objektiv stabil, sondern nur, solange er hilft, diese Ziele zu verwirklichen. Auf der empirischen Ebene kann man mit diesem Konzept einen Bogen zu den Untersuchungen von Larsen, Vrangbæk und Traulsen (2006) sowie Weible (2007) schlagen und damit die Verbindungen von Akteuren zu unterschiedlichen Koalitionen konzeptualisieren. Die Intentionen eines Akteurs als erklärendes Theorie-Element werden in Form einer *Prämisse* festgehalten. Mit diesem Begriff werden alle theoretischen Bausteine bezeichnet, die für die Herleitung des VIM notwendig sind, aber nicht selbst in dieser Arbeit entwickelt wurden. Darin unterscheiden sie sich von den Forschungshypothesen, welche selbst entwickelt wurden. Einen

²³ Daraus ergibt sich auch die Frage, warum nur manche Policy Core Beliefs als „Bindemittel“ zwischen den Mitgliedern einer Koalition wirken. Da Kooperation in korporativen politischen Systemen auch erzwungen sein kann, könnte es nicht genügen, Koalitionen anhand geteilter Policy Core Beliefs und Kooperation zu ermitteln. Die Untersuchung von Intentionen zur Ermittlung von Koalitionen könnte insbesondere dort nützlich sein, wo nicht alle Policy Core Beliefs klar auf unterschiedliche Koalitionen verteilt sind.

Überblick über das Zusammenspiel der Forschungshypothesen und Prämissen innerhalb des VIM bietet die Abbildung 7 auf Seite 85, eine vollständige Liste aller Prämissen und Forschungshypothesen findet sich im Anhang auf den Seiten 422 und 423.

Prämisse 1: *Die Bedeutung einzelner Beliefs und die Natur der Verbindung zwischen mehreren Beliefs kann aus den Intentionen eines Akteurs, das heißt der Gesamtheit seiner Beliefs erschlossen werden.*

3.3.2 Optimierung von Beliefs

Wie Sabatier bereits zu Beginn der ACF-Forschung festgestellt hat, erfordert das Konzept des hierarchischen Belief-Systems eine innere Konsistenz seiner Elemente, die zumindest in der Vorstellung des dazugehörigen Akteurs rational erscheinen müssen (Sabatier 1988, S. 143–147). Die Hierarchie führt auch dazu, dass es zwischen untergeordneten und übergeordneten Beliefs Abhängigkeitsbeziehungen gibt. Die Verbindung dazu stellen Kausalketten dar, die die innere Konsistenz erst erzeugen. Diese funktionieren so, dass rangniedere Beliefs ihre Legitimität von den übergeordneten Ebenen beziehen: Ein Policy Core Belief ist verhältnismäßig, weil er einen Deep Core Belief in einem Subsystem realisiert (Jenkins-Smith 1988, S. 177). Nach Converse wird dieser Mechanismus bezüglich – wie er es nennt – „*what goes with what*“ auch von Akteuren genutzt um mit einem Belief für einen anderen zu werben (Converse 1964). Untergeordnete Beliefs sind also immer dann stabil, wenn sie aus Sicht des Akteurs den besten Weg darstellen, seine übergeordneten Ansichten zu verwirklichen. In diesem konsistenten Gedankengebäude sind Secondary Aspects die Mittel, mit denen Policy Core Beliefs verwirklicht werden (Jenkins-Smith et al. 2014). Solange ein Akteur keine geeigneteren Mittel für die Verwirklichung der letzteren kennt, werden sie beibehalten. Wenn sich aber herausstellt, dass ein veränderter Secondary Aspect dazu beiträgt, einen Policy Core Belief besser zu verwirklichen, so wird der Akteur diesen anpassen und so die Leistungslücke schließen (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b). Bedroht umgekehrt ein Secondary Aspect die Integrität eines Policy Core Beliefs, so wird er gemäß der dritten Koalitions-Hypothese des ACF aufgegeben, damit der Akteur keine Schwäche am übergeordneten Belief einräumen muss. Es gibt also zwischen den Elementen eines Belief-Systems zwei Arten von Interdependenz: Einzelne Elemente können entweder symbiotisch oder in Konkurrenz verbunden sein. Im ersten Fall kann das eine Element nicht verändert werden, ohne dass das andere beschädigt würde.

Im zweiten würden die Aufrechterhaltung eines Beliefs dagegen die Glaubwürdigkeit oder Umsetzbarkeit eines anderen infrage stellen.

Im Vergleich mit den kleinen Ausschnitten der Secondary Aspects decken Policy Core Beliefs viel mehr Aspekte der Deep Core Beliefs ab. Zudem sind sie als Verkörperung abstrakter Ziele in einem Subsystem häufig empirischen Daten kaum zugänglich. Beides führt dazu, dass Policy Core Beliefs im Allgemeinen eine symbiotische Interdependenz mit den Deep Core Beliefs besitzen und die Entstehung eines Konkurrenzverhältnisses schwierig ist. Aus diesem Grund sind sie stabiler als Secondary Aspects. Hier findet auch der Gedanke, dass abstrakte Beliefs eine größere Stabilität besitzen, eine neue Basis (vgl. Abschnitt 2.3.2). Da reine Ideen kaum überprüfbar sind, ist die symbiotische Interdependenz zwischen entsprechenden Deep Core und Policy Core Beliefs kaum aufzulösen, so dass letztere besonders stabil sind. Im Umkehrschluss ist die Wahrscheinlichkeit von Lernprozessen höher, wenn ein Akteur empirische Daten als Bewertung eines Beliefs zulässt. Diese wird auch im bisherigen ACF anerkannt (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b) und bildet den Kern der Lern-Hypothesen 3 und 4. Daraus folgt zudem, dass Policy Core Policy Preferences (Sabatier und Jenkins-Smith 1999) grundsätzlich mit größerer Wahrscheinlichkeit verändert werden, als rein normative Policy Core Beliefs. Lernprozesse auf der Ebene der Policy Core Beliefs wurden in einigen Studien vorgefunden (Eberg 1997; Elliott und Schlaepfer 2001; Feindt 2010; Larsen et al. 2006; Nohrstedt 2010; Sabatier und Brasher 1993; Heikkilä et al. 2014). Daher muss es Situationen geben, in denen die bestehenden Policy Core Beliefs aus der Sicht des Akteurs die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene nicht optimal umsetzen und es in der Folge zu Veränderungen kommt. Erste Grundlagen dazu finden sich bereits im ACF: Akteure können Secondary Aspects auf ihre Fähigkeit hin überprüfen, übergeordnete Beliefs möglichst gut zu verwirklichen und ihre Umsetzung nicht zu gefährden (Sabatier 1988, S. 149–152). Wenn sie eine entsprechende Abweichung feststellen, werden sie den betreffenden Belief verändern oder nicht mehr vertreten. Eliten lernen auf dieser Ebene, da sie die Welt besser verstehen und einen Vorsprung vor ihren Widersachern erlangen wollen, so dass sie ihre grundsätzlichen Ziele erreichen können (Sabatier 1988, S. 147–149). Diese instrumentell angelegte Optimierung spiegelt sich auch in der dritten Koalitions-Hypothese des ACF wider. Daneben können Akteure nach Sabatier und Jenkins-Smith aber auch Anpassungen an ihren Policy Core Beliefs vornehmen (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b, S. 42–43; Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 122). Als

Grundlage nennen die Autoren eine langsame Anhäufung von Wissen durch Erfahrung oder gegnerische Aktivitäten. Zudem gibt es Beispiele von Vertretern von Behörden, welche zwischen den Koalitionen im Subsystem wechselten (Sabatier und Jenkins-Smith 1993, S. 213–214). Da sich diese anhand von Policy Core Beliefs formieren, muss es Änderungen im Belief-System der Beamten gegeben haben. Mit Blick auf den technischen oder wissenschaftlichen Charakter, den viele Subsysteme besitzen, ist noch zu ergänzen, dass Akteure auch das Wissen beziehungsweise die Intelligenz besitzen müssen, einen neuen Policy Core Belief entwickeln zu können oder einen bestehenden zu verändern. Auf dieser Basis ergibt sich:

Prämisse 2: *Akteure können Secondary Aspects und Policy Core Beliefs auf ihre Fähigkeit hin überprüfen, Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs innerhalb eines Subsystems zu verwirklichen. Beide Ebenen von Beliefs sind prinzipiell veränderlich. Grundlegendes Policy Lernen erfordert die intellektuelle Kapazität, neue oder veränderte Beliefs zu entwickeln.*

Reine Zweifel an den bestehenden Policy Core Beliefs sind allerdings nicht ausreichend für einen Lernprozess, da sie ignoriert werden können, solange keine bessere Erklärung zur Verfügung steht (Lakatos 1971). Einem zweifelnden Individuum müssen nach Ansicht von Lakatos also alternative Policy Core Beliefs zur Verfügung stehen. Da Akteure im ACF nur eine begrenzte Rationalität besitzen (Jenkins-Smith et al. 2014), ist es wahrscheinlich, dass mit zunehmender Anzahl von Individuen in einem Subsystem solche unterschiedlichen Ansichten zu einem Gegenstand entwickelt werden. Soweit diese Policy Core Beliefs miteinander unvereinbar sind, stehen sie in Konkurrenz zueinander. Lediglich in perfekt funktionierenden, unitären Subsystemen mit wenigen Mitgliedern ist denkbar, dass Inhalte nur auf eine Art und Weise interpretiert werden. Ein Akteur ist sich in der Regel bewusst, dass es neben seinen eigenen Policy Core Beliefs noch alternative Ansichten gibt. Um sie zu übernehmen, müsste er einen Policy Core Belief einerseits ergänzen oder verändern. Andererseits kann der Akteur einen Policy Core Belief auch löschen, ohne ihn durch eine Alternative zu ersetzen. Dies würde in Konflikt mit Lakatos' Annahme stehen, dass reine Zweifel ohne bessere Erklärung nicht für Lernprozesse ausreichen, wenn die Policy Core Beliefs nicht in das Konzept der Intentionen eingebettet wären. Danach äußern sich die Ansichten eines Akteurs über die wünschenswerte und tatsächliche Beschaffenheit des Subsystems in mehreren Beliefs. Ergänzung, Veränderung oder Löschung eines einzelnen Policy Core Beliefs bedeuten dabei noch nicht, dass der Akteur seine Intentionen aufgegeben hätte. In Ergänzung zu Lakatos wird also festgelegt, dass ein

Akteur die Gesamtheit der in seinen Intentionen vorhandenen Policy Core Beliefs nicht löschen kann, ohne dass nicht mindestens ein Policy Core Belief verbleibt oder durch Diffusion oder Veränderung ergänzt wird. Selbst im Fall sowohl von Zweifeln als auch von Alternativen muss man sich aber bewusstmachen, dass der Abwägungsprozess auch zu Nicht-Lernen führen kann. Auch muss im Methodenteil sichergestellt werden, dass zwischen wirklich veränderten Überzeugungen und kurzfristigen Anpassungen unterschieden wird. Zu letzteren zählen insbesondere die Veränderung von Policy Core Beliefs aufgrund von Zwang oder Anreizen (Radaelli 2009) sowie die taktische Anpassung von Aussagen auf ein bestimmtes Zielpublikum hin (Swaffield 1998; Jenkins-Smith et al. 1991). Aber selbst, wenn ein Akteur eine Veränderung im Belief-System über Jahre aufrechterhält, bleibt immer ein Restzweifel, ob es sich dabei um seine „echten“ Beliefs handelt. Jenkins-Smith, St. Clair und Woods haben dieses Problem damit gelöst, dass sie alle erfassten Beliefs nur als „geäußerte Beliefs“ bezeichnen und nicht als Beliefs *per se* (Jenkins-Smith et al. 1991). Dieser Gedanke wird für die Erfassung und Auswertung der Daten übernommen, ohne dass allerdings jedes Mal darauf hingewiesen wird, dass es sich nur um geäußerte Beliefs handelt. Dabei ist noch zu ergänzen, dass in der Politikfeldanalyse Lernen in Zusammenhang mit einem politischen Phänomen betrachtet wird, also die Form von Lernen, welche politische Entscheidungen, Outputs und Outcomes beeinflusst und erklärt. Das aber ist eine veröffentlichte Meinung, welche zumindest in einem Teil des Subsystems bekannt sein muss und die mit unterschiedlichen Techniken bis hin zum anonymisierten Interview erfragt werden kann. Damit kann man zwar nicht garantiert in jedem Fall die Gründe für ein bestimmtes Akteurs-Handeln aufdecken. Aber man wird zumindest in vielen Fällen eine ausreichende Erklärung für die Hintergründe dieser Veränderungsprozesse finden können, selbst wenn diese Beliefs nur vorgeschoben wurden.

Als oberste Kategorie enthalten Deep Core Beliefs die fundamentalsten Ansichten eines Menschen, daher werden sie vehement verteidigt. Da bisher in keinen ACF-Studien Hinweise auf veränderte Deep Core Beliefs erbracht wurden, kann die Stabilität von Deep Core Beliefs als gegeben angenommen werden. Schwieriger ist die Beurteilung der Stabilität der übergeordneten Beliefs. Ohne eine Untersuchung der betreffenden Subsysteme – welche in Hinblick auf die Ressourcen des Forschers nicht geleistet werden kann – kann nicht geklärt werden, ob es sich bei ihnen um Policy Core Beliefs oder Secondary Aspects handelt. Beliefs aus übergeordneten Subsystemen müssen also im Gegensatz zu Deep Core Beliefs nicht

zwangsläufig stabil sein. Daher werden sie als gegeben aber veränderlich angenommen, so dass sich insgesamt ergibt:

Prämisse 3: *Deep Core Beliefs werden als gegeben und unveränderlich angenommen. Beliefs übergeordneter Subsysteme werden als gegeben aber veränderlich angenommen.*

Zuletzt muss man sich bewusstmachen, dass Stärke und Art der Interdependenzen auch von der individuellen Bedeutung beeinflusst werden, die Beliefs für einen Akteur haben. Beliefs sind das Ergebnis persönlicher Datenverarbeitung und diese kann in einer Gruppe von Akteuren unterschiedlich ausfallen. Ein Secondary Aspect kann also beispielsweise für einen Akteur symbiotisch mit einem Policy Core Belief verbunden sein, während die Verbindung für einen anderen durch Konkurrenz geprägt ist. Wie die Koalitions-Hypothese 2 des ACF aufzeigt, gilt dies sogar innerhalb einer Koalition. Gemäß der fünften Koalitions-Hypothese wirken Interdependenzen stärker auf Vertreter von Zweckverbänden als auf jene von materialistischen Gruppen. Dazu haben Jenkins-Smith, St. Clair und Woods einen Artikel veröffentlicht, der untersucht, welche Art von Akteuren unter welchen Umständen öffentlich vorgetragene Positionen verändert (Jenkins-Smith et al. 1991). Darin hatten die Autoren Belege für ihre These gesammelt, wonach Vertreter von materialistischen Gruppen eher Positionen im öffentlichen Diskurs verändern können, als Vertreter von spezifischen Interessen, wie etwa Umweltschützer. Sie begründen das unter anderem damit, dass Vertreter von spezifischen Interessen stark von ihren Mitgliedern abhängen, die die Gruppe des Vertreters verlassen würden, wenn dieser von einer ideologiegebundenen Position dieser Gruppe abweichen würde (Jenkins-Smith et al. 1991). Die Mitglieder materialistischer Gruppen seien hingegen eher an der Durchsetzung ihrer Akteurs-bezogenen Beliefs, vor allem von Profiten, interessiert und würden ihren Vertretern einen größeren Spielraum bei ihrer Verfolgung gewähren. Auch Heikkila und ihre Kollegen berichten in ihrer Untersuchung über Hydraulic Fracturing in Colorado von größeren Unterschieden in der durchschnittlichen Zustimmung zu Schlüssel-Beliefs auf Seiten der Industrie als bei Umweltschutzgruppen (Heikkila et al. 2014).

Auslöser der Optimierungsprozesse

Damit Veränderungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs stattfinden können, muss es sowohl auslösende als auch begünstigende Faktoren geben. Ein Einstieg dazu ist die Literatur zu Paradigmen-Wechseln in Wissenschaft und Gesellschaft (Hall 1993; Heclo 1974; Kuhn 1970;

Lakatos 1971). Allen zitierten Autoren ist gemein, dass sie eine gewisse Menge von Zweifeln gegenüber einem bisher vorherrschenden Weltbild als notwendigen aber nicht hinreichenden Grund für dessen Überprüfung identifizieren. Lernprozesse finden also weder in spontaner Mutation statt, noch gibt es einen natürlichen Drang zu alternativen Policy Core Beliefs. Zweifel und Anomalien werden von nun an als *Herausforderung* bezeichnet. Ein Akteur kann eine Herausforderung auch selbst entwickeln und diese in die Abwägung zwischen den bestehenden und den alternativen Policy Core Beliefs einfließen lassen. Für grundlegendes Policy-Lernen innerhalb des ACF würde das bedeuten, dass es zu Veränderungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs kommen könnte, wenn eines oder mehrere Phänomene eine Herausforderung entstehen lassen würden. Ab einem gewissen Punkt wird die Herausforderung so stark, dass der Akteur einen spezifischen Policy Core Belief nicht mehr als optimale Verwirklichung der Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs sieht. Stattdessen erscheint eine Verbindung zwischen ihnen und einem alternativen Policy Core Belief oder die Löschung des Policy Core Beliefs wünschenswerter. Daraus folgt, dass nur diejenigen Herausforderungen eine Aussicht auf Erfolg haben, die kompatibel zu den Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs eines Akteurs sind. Letztgültige Werte wie das wünschenswerte Maß an Sicherheit und Freiheit sorgen in Kombination mit den legalen Vorgaben der relativ stabilen Parameter dafür, dass einige alternative Beliefs gar nicht erst in Betracht gezogen werden. Ebenso kann eine starke Herausforderung bewirken, dass der Akteur einen kompatiblen Policy Core Belief in sein Belief-System übernimmt. Was entscheidet, ob ein Policy Core Belief gelöscht oder ergänzt wird beziehungsweise ob sich bestehende oder alternative Policy Core Beliefs durchsetzen können? In der ACF-Forschung gibt es dazu unterschiedliche Erklärungsansätze, welche als *Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen* zusammengefasst werden.

Ego-zentrierte Variablen

Der Begriff Ego-zentrierte Variablen bezeichnet alle Kräfte, die von dem zu untersuchenden Akteur ausgehen. Dazu gehören das Ausmaß an *selektiver Wahrnehmung* sowie seine *Erfahrung mit den gegnerischen Argumenten*, welche eine Herausforderung stützen.

Zu den Grundannahmen des ACF gehört es, dass Akteure Informationen akzeptieren, die ihr Weltbild bestätigen, während sie Daten, die dieses widerlegen, nach Möglichkeit ignorieren. Durch ihre ausschließende Wirkung von Alternativen, trägt daher *selektive Wahrnehmung* zur

Stabilität von Beliefs bei. Das gilt insbesondere, wenn Policy Core Beliefs betroffen sind (Sabatier 1998). Aber selbst, wenn Akteure verfeindeter Koalitionen eine Information erfassen, ziehen sie daraus häufig unterschiedliche Schlüsse (Sabatier und Weible 2007). Da nur wenige Akteure selbst Daten erzeugen, beruht ein großer Teil des Pools der zur Verfügung stehenden Informationen auf externen Quellen. Bei der Frage, wie diese zu interpretieren sind, spielt soziales Kapital eine große Rolle, denn Akteure lernen eher von und mit den Akteuren, denen sie vertrauen (Nielsen und Nielsen 2009; Nahapiet und Ghoshal 1998). Das gilt umso mehr, wenn über die Grenzen von Koalitionen gelernt hinweg werden soll (Sabatier und Weible 2007). Neben Unterschieden im sozialen Kapital der potentiell Lehrenden können auch der Unwille, Fehler einzugestehen, und Ausschluss-Prozesse innerhalb einer Organisation dafür sorgen, dass abweichende Informationen einen Akteur nicht erreichen oder ihn nicht beeinflussen (Sabatier 1988, S. 147). Man sollte auch nicht vergessen, dass Akteure oftmals ihre Umwelt über lange Zeiträume hinweg nach denselben Kriterien untersuchen und auch aus Gewohnheit Probleme oder Chancen übersehen können (Scharpf 2006, S. 82). In der Praxis wird erwartet, dass sich *selektive Wahrnehmung* vor allem in der Betonung unterschiedlicher Schwerpunkte innerhalb eines Gesamtthemas bemerkbar macht. Nach Bandelow verfolgen die Akteure im Gesundheitswesen Ziele, die sich an dessen Finanzierbarkeit, Qualität, Solidarität und Wachstum orientieren (Bandelow 2006). Wenn nun eine Studie Möglichkeiten aufzeigen würde, durch Reformen in allen vier Bereichen Fortschritte zu erzielen, könnte *selektive Wahrnehmung* dazu führen, dass Akteure nur die Vorschläge aufgreifen, die ihren Zielen entsprechen. Also beispielsweise Solidarität und Finanzierbarkeit, nicht aber Wachstum.

Wie die Literatur über Paradigmen-Wechsel zeigt, ist die Unmöglichkeit, eine Serie von Anomalien erklären zu können, einer der Faktoren, welche grundlegenden Policy-Wandel auslösen (Hall 1993). In ACF-Begriffen ausgedrückt, bedeutet das, dass eine oppositionelle Koalition den *Status quo* überwinden kann, wenn sie die kurzfristigen Ressourcen besitzt, um diese internen oder externen Ereignisse zu nutzen. Gleichzeitig ist die dominante Koalition nicht in der Lage, beschwichtigende Antworten zu finden. Gemäß der fünften Lern-Hypothese können insbesondere Policy-Broker dabei ihre Sicht auf das Subsystem verändern. Aber selbst, wenn eine Koalition zunächst von den Argumenten ihrer Gegner überrascht wird, können ihre Mitglieder in der Lage sein, in kurzer Zeit Antworten darauf zu entwickeln (Nohrstedt 2008). Diese Fähigkeit wird als *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* bezeichnet. Zwischen

erfahrenen Akteuren kann sich ein Diskurs entwickeln, den Sabatier als Dialog der Gehörlosen bezeichnet hat (Sabatier 1988, S. 155). In einer solchen Situation kennen sie die Standard-Phrasen, Kennziffern und Statistiken der Gegenseite und stellen Gegenbeweise und Erklärungen bereit. Darunter befinden sich sowohl neue Studien oder Hilfs-Annahmen auf der Ebene der Secondary Aspects (Sabatier und Jenkins-Smith 1999, S. 123) als auch Experimente (Hall 1993, S. 280). Selbst eine Häufung von Krisen kann dazu führen, dass Akteure das voraussichtliche Verhalten von Individuen oder Koalitionen mit der Zeit abschätzen können. Dadurch können sie darauf immer besser reagieren (Nohrstedt 2008, S. 274). Es zeigt sich also, dass die Stabilität eines Policy Core Beliefs auch von der *Erfahrung* eines Akteurs mit den Argumenten seiner Gegner abhängt.

Alter-zentrierte Variablen

Alter-zentrierte Variablen beziehen sich auf das Verhältnis eines Individuums zu allen anderen Akteuren im Subsystem. Darunter fallen der *analytische Zugang*, das Ausmaß an *devil shift* sowie die Beschaffenheit der *sozialen Kohäsion*.

Aus den Arbeiten über Koalitions-übergreifendes Lernen ist bekannt, dass der *analytische Zugang* zu einem Phänomen einen wesentlichen Einfluss darauf hat, ob ein daraus abgeleiteter Belief auf allen Seiten akzeptiert wird (Jenkins-Smith 1988; Kübler 1999; Weible et al. 2010). Dieser Zugang hängt auch vom Wissenschaftsverständnis der Koalitionen ab, denn je weniger sich die Akteure auf gemeinsame Theorien und Methoden einigen können, desto vielfältiger lassen sich Daten interpretieren. Selbst wenn die Akteure aber im Allgemeinen von denselben wissenschaftlichen Grundlagen ausgehen, kann es im Fall komplett neuartiger Daten vorkommen, dass die alten Instrumente keine zufriedenstellenden Interpretationen anbieten können. In dieser Situation sind die Koalitionen gezwungen, neue Erklärungen zu entwickeln. Wenn diese zu unterschiedlichen Schlüssen führen, haben die Parteien zwar grundsätzlich ein homogenes Wissenschaftsverständnis, der *analytische Zugang* zu einem einzelnen Belief bleibt aber dennoch gering. In Bezug auf den *analytischen Zugang* unterscheiden sich Secondary Aspects von Policy Core Beliefs. Erstere können nach Sabatier tendenziell eher einer Bewertung unterzogen werden als letztere (Sabatier 1998). Ein Instrument, welches Arbeitslosigkeit bekämpfen soll, kann beispielsweise leichter anhand der Arbeitslosenzahlen bewertet werden, als ein dahinterliegendes allgemeines Konzept zur Arbeitsmarktpolitik. Wie die Policy Core

Policy Preferences zeigen (Sabatier und Jenkins-Smith 1999), gibt es aber auch Policy Core Beliefs, die zumindest prinzipiell von allen Parteien gemessen werden können. Die Ebene der Policy Core Beliefs steht also Veränderungen umso offener gegenüber, je eher alle Akteure ein gemeinsames Wissenschaftsverständnis besitzen.

Die Wahl zwischen Veränderung und Beharren wird auch durch das Ausmaß an *devil shift* beeinflusst. Akteure, die stark dem *devil shift* unterliegen, bewerten das Verhalten ihrer Gegner als böartig und überschätzen deren Stärke (Sabatier et al. 1987). Er steht nach Ansicht der Autoren in Verbindung mit dem allgemeinen Konfliktniveau und kann dieses durch seine handlungsleitende Wirkung verstärken. Dieses Phänomen wirkt umso stärker, je weniger die Beliefs der gegnerischen Koalitionen miteinander vereinbar sind. Zudem kann er zur Rechtfertigung von Niederlagen dienen und taktisch verwendet werden, um die Mitglieder einer Koalition von der Wichtigkeit, eigene Ressourcen in den Konflikt zu investieren, zu überzeugen. Vor allem aber verstärkt der *devil shift* die Stabilität der Policy Core Beliefs, da die Mitglieder einer Koalition durch ihn einen Konflikt als Nullsummenspiel wahrnehmen (Sabatier et al. 1987). Dadurch ist jede Veränderung eines Beliefs gefährlich, denn sie kann zum Nachteil der eigenen Koalition, Organisation oder gar Person reichen. Das gilt umso mehr, wenn die Informationen von den nicht vertrauenswürdigen Akteuren der Gegenseite stammen (Sabatier und Weible 2007). Genauso schließen Akteure Informationen aus, wenn sie im Subsystem der Gegenseite zugerechnet werden (Sabatier und Weible 2007). Im Umkehrschluss wirkt der *devil shift* nicht gegenüber den Mitgliedern der eigenen Koalition, daher fällt die Übernahme der Beliefs eines Verbündeten leichter (Sabatier und Jenkins-Smith 1999).

Da Akteure im ACF Koalitionen anhand geteilter Policy Core Beliefs formieren, ist klar, dass sie sich an der Haltung anderer Akteure orientieren. Da andere Akteure sowohl die eigenen, als auch konkurrierende Policy Core Beliefs vertreten können, muss man diese Beziehungen in bestätigende und herausfordernde *soziale Kohäsion* unterteilen. Bestätigende *soziale Kohäsion* wirkt dabei stabilisierend auf die eigenen Policy Core Beliefs: Angleichung an gleichdenkende Akteure erscheint umso wünschenswerter, je eher ein solches Verhalten politische Niederlagen verhindert (Sabatier und Weible 2007). Einseitige Veränderungen eines Policy Core Beliefs durch einen Akteur könnten dagegen die übrigen Mitglieder entfremden und die Schlagkraft der Koalition schwächen (Sabatier et al. 1987). Unabhängig von diesem Verhalten in Konfliktsituationen, neigen Akteure aber auch allgemein dazu, die Richtigkeit ihrer

Beliefs gegenseitig zu bestätigen und so zu stabilisieren (Sabatier 1988, S. 155). Daneben wirkt auf jeden Akteur ein gewisses Maß an Gruppendruck, der die einseitige Veränderung eines Beliefs als sozial unerwünscht erscheinen lässt (Fishbein und Ajzen 2010, S. 129–152; Heikkilä und Gerlak 2013, S. 497–498). So schrecken etwa Vertreter von Organisationen, bei denen abweichendes Denken oder Handeln zu einer Reduktion der Mitgliederzahlen führen würde, vor einer Veränderung von Beliefs zurück (Jenkins-Smith et al. 1991). Jenkins-Smith und seine Kollegen argumentieren, dass derartige Überlegungen insbesondere auf Zweckverbände zutreffen. Ihre Argumentation hat als Koalitions-Hypothese 5 Eingang in den ACF gefunden. Auch die öffentliche Meinung ist ein Faktor, welche die Haltung eines Akteurs zu einem Belief beeinflussen kann (Sabatier und Weible 2007, S. 203). Im Fall von herausfordernder *sozialer Kohäsion* verwirft er abweichende Informationen zunächst als Anomalie (Hall 1993, S. 280). Aber je mehr sich Phänomene wie Arbeitslosigkeit oder Krankheiten ausbreiten, desto schwieriger wird es, dieses Bild aufrecht zu erhalten. Diese Verbreitung bezieht sich einerseits auf Individuen. Dabei ist deren Beziehung zum Akteur wichtiger als ihre reine Anzahl, denn herausfordernde *soziale Kohäsion* kann sowohl von befreundeten als auch von gegnerischen Akteuren ausgehen. So sind beispielsweise Akteure offener für Ratschläge von Vertrauenspersonen, wenn sie selbst keine Experten in einem Subsystem sind (Sabatier und Hunter 1989, S. 253). Ein Individuum wird also eher einen Belief von einem Akteur übernehmen, mit dem er andere Policy Core Beliefs oder Deep Core Beliefs teilt. Der wahrgenommene Einfluss anderer Akteure kann ebenfalls die Meinung eines Individuums beeinflussen (Weible 2005, S. 470–471). Für eine solche Rolle erscheinen besonders diejenigen Akteure geeignet, die über legale Entscheidungskompetenzen verfügen. Diese können ihren Einfluss beim Erlassen oder Blockieren von Gesetzen geltend machen, so dass für den Akteur ein Anreiz besteht, ihre Policy Core Beliefs zu übernehmen und so die eigenen Handlungsspielräume zu erweitern. Abweichende Positionen von einflussreichen Akteuren sind ebenfalls für einen Akteur relevant, da sie gemäß den Grundannahmen des ACFs auf dessen präferierte Gestaltung eines politischen Programms schließen lassen. Er muss also auch darüber nachdenken, wie er wenigstens die für ihn schlimmsten Konsequenzen verhindern kann. Die Wirkung einflussreicher Akteure sowohl in ihrer bestätigenden wie auch in ihrer herausfordernden Ausprägung wird dabei auch aus der wahrgenommenen Interdependenz im Sinne Meijerinks (2010) beziehungsweise Fengers und Kloks (2001) abgeleitet. Die Verbreitung einer Herausforderung bezieht sich andererseits auch auf ihre strukturelle und geographische

Dimension. Herausfordernde *soziale Kohäsion* nimmt dabei an Gewicht zu, wenn nicht nur Akteure an wenigen Orten den Policy Core Belief vertreten, sondern Individuen im gesamten Subsystem. *Soziale Kohäsion* unterscheidet sich dahingehend von der öffentlichen Meinung, dass bei ersterer ein Belief eindeutig identifizierbaren Individuen zugeordnet werden kann, während er bei letzterer von einer nicht individuell identifizierbaren Menge vertreten wird.

Eine alter-zentrierte Variable, die insbesondere Koalitions-übergreifendes Lernen erklären würde, wäre auch die Wirkung eines professionellen Forums mit so viel Ansehen, dass es die Akteure zur Partizipation bewegt (Jenkins-Smith 1988). Allerdings gibt es sowohl für das Kriterium „professionell“ als auch für das Kriterium „hohes Ansehen“ Einwände, die die bloße Existenz eines solchen Forums als Katalysator für grundlegendes Policy-Lernen zweifelhaft erscheinen lassen. So ist es denkbar, dass die Akteure in einem professionellen Forum zwar einen hohen *analytischen Zugang* zu den Methoden ihrer Gegner besitzen, aber völlig gegensätzliche Ziele verfolgen. Und in korporativen Systemen kann die Teilnahme an einem Forum zwar sogar gesetzlich verordnet werden, aber das schließt nicht aus, dass die Mitglieder in Konflikt miteinander stehen. Gleichwohl ist Jenkins-Smiths Grundgedanke, dass die Teilnahme an einem professionellen Forum die Vertreter unterschiedlicher Koalitionen einander angleicht, plausibel. Dieser Effekt wird aber im Rahmen dieser Untersuchung in seinen Auswirkungen erfasst: Einem hohen *analytischen Zugang* und einem niedrigen *devil shift*.

Objekt-zentrierte Variablen

Zum Kern des ACF gehört, dass Akteure nicht nur mit ihresgleichen interagieren, sondern in der Regel auch internen und externen *Ereignissen sowie Informationen* ausgesetzt sind, welche ebenfalls Beliefs beeinflussen können (Jenkins-Smith et al. 2014). Zu welcher Kategorie ein Phänomen gehört, wird dabei anhand seiner Dauer unterschieden: *Ereignisse* sind kurzfristig, auch in ihrer Veränderungswirkung. *Informationen* wirken dagegen eher langfristig und durch Wiederholung. Dabei können herausfordernde Informationen in den Augen eines Akteurs mit zunehmender Dauer zu einer Krise und damit einer Schwäche der bestehenden Policy Core Beliefs anwachsen. So kann steigende Arbeitslosigkeit zunächst noch mit Einmaleffekten, wie widrigen klimatischen Bedingungen oder der Insolvenz eines einzelnen Großunternehmens erklärt werden, ohne dass die Arbeitsmarktpolitik als Ganzes hinterfragt werden muss. Wenn diese aber auf anhaltend hohem Niveau stagniert, nimmt der Druck auf die dahinterstehenden

Policy Core Beliefs mit der Zeit zu. Für die Notwendigkeit einer anhaltenden Herausforderung spricht auch, dass sich ein Akteur im ACF mit seinen Beharrungskräften gegen die Aufgabe eines Policy Core Beliefs wehrt und daher gemäß der dritten Koalitions-Hypothese zunächst Secondary Aspects aufgeben könnte. Zudem könnte er bei einer zu raschen Änderung seiner Ansichten an Glaubwürdigkeit verlieren, insbesondere, wenn er diese schon einmal verändert hat. Eine klare Trennung zwischen *Ereignissen* und *Informationen* kann mitunter schwerfallen, etwa wenn ein Phänomen bei seinem ersten Auftreten ein *Ereignis* mit Schockwirkung darstellt und durch Wiederholungen zu einer *Information* wird. In der empirischen Untersuchung wird diese Entscheidung aus der Retrospektive getroffen und orientiert sich daran, ob ein Phänomen nur einmal und schockartig oder mehrmals auftritt. Sowohl *Ereignisse* als auch *Informationen* verfügen über bestimmte Eigenschaften: Ihren Inhalt und Umfang ebenso wie die Konsequenzen, welche aus ihnen folgen. Zu den internen Ereignissen gehören neben Katastrophen und Unfällen auch die Wirkungen bereits erlassener Gesetze, die im ACF als Feedback-Schleife dargestellt werden. Wichtige externe Ereignisse sind Veränderungen in den sozioökonomischen Bedingungen und der öffentlichen Meinung, Wahlen und insbesondere Einflüsse aus anderen Subsystemen (Jones und Jenkins-Smith 2009). Obwohl *hurting stalemates* im ACF weder als interne noch als externe Ereignisse betrachtet werden, wird davon ausgegangen, dass sie ähnliche Reaktionen auslösen können. Zudem sei an dieser Stelle nochmals daran erinnert, dass alle Ereignisse und Informationen den Wahrnehmungen der Akteure unterliegen und unterschiedlich interpretiert werden können. Ihre Wirkung besteht darin, dass sie die für Paradigmen-Wechsel so wichtigen Zweifel am *Status quo* auslösen können (Hall 1993; Kuhn 1970; Lakatos 1971). In der ACF-Forschung berichtet Nohrstedt von einem solchen Fall in der schwedischen Atomenergiepolitik nach dem Tschernobyl-Unfall, auch wenn es hier nicht zu grundlegendem Policy-Lernen kam (Nohrstedt 2008, S. 270). Hall verweist darauf, dass auch Fehlschläge bei der Verteidigung eines Paradigmas eine derartige Wirkung entfalten können (Hall 1993, S. 280). Ereignisse können also auch bewusst durch einen Akteur ausgelöst werden. Zuletzt wird im Sinne von Jones und Jenkins-Smith angenommen, dass Subsysteme miteinander verbunden sein können und zwischen ihnen Impulse ausgetauscht werden (Jones und Jenkins-Smith 2009, S. 42). Während die beiden Autoren deren Potential für weitreichenden Policy-Wandel im Allgemeinen hervorheben, wird in dieser Arbeit postuliert, dass sie im Speziellen auch grundlegendes Policy-Lernen auslösen können. *Ereignisse* sind nicht nur potentielle Bedrohungen für das Belief-System eines Akteurs, sondern

können auch Chancen darstellen. Akteure könnten etwa versucht sein, einen Policy Core Belief zu verändern, wenn dadurch ihre Koalitionsfähigkeit deutlich steigt oder sie andere Ressourcen gewinnen können. Sowohl bei Risiken als auch Chancen gilt, dass Akteure daran interessiert sind, ihre Kern-Werte möglichst gut umzusetzen, obwohl sie dazu neigen, abweichende Daten auszublenden (Sabatier 1988, S. 150). Bisher bedeutete das, dass ein Secondary Aspect überarbeitet werden kann, wenn ein Akteur Schwächen daran erkennt (Jenkins-Smith und Sabatier 1993b, S. 42–43). Gemäß der dritten Koalitions-Hypothese kann er auch aufgegeben werden, um eine Beschädigung höherrangiger Beliefs zu verhindern. Wenn man diesen Mechanismus nun auf die Beziehung zwischen Policy Core Beliefs und Deep Core Beliefs anwendet, kann man davon ausgehen, dass insbesondere Policy Core Policy Preferences verändert werden, wenn ein *Ereignis* oder eine *Information* Alternativen notwendig macht. All dem zum Trotz, können sie auch ein bestehendes Paradigma bestärken (Kuhn 1970, S. 10). Es hängt also von ihrem Inhalt ab, ob sie als Beharrungskräfte oder als Aspekte einer Herausforderung wirken. Da in Abschnitt 2.3 definiert wurde, dass Akteure *Ereignisse und Informationen* durch die Filter ihres Belief-Systems und ihrer intellektuellen Limits verarbeiten, werden die Ergebnisse dieser Betrachtungen als Secondary Aspects aufgefasst. So entwickeln beispielsweise die Mitglieder einer dominanten Koalition Secondary Aspects über die Arbeitslosenrate in einem Subsystem über Arbeitsmarkt-Politik. Wenn sie den Deep Core Belief vertreten, dass möglichst viele Menschen beschäftigt sein sollten, werden ihre Policy Core Beliefs in diesem Subsystem hinterfragt, wenn die Arbeitslosenrate steigt. Umgekehrt werden sie bestärkt, wenn sie zurückgeht. Secondary Aspects über *Ereignisse und Informationen* sind also Indikatoren, welche dem Akteur vermitteln, wie gut seine Beliefs der supra-Subsystem-Ebene durch seine Policy Core Beliefs verwirklicht werden.

Gemäß der Annahme, dass wissenschaftliche und technische *Informationen* generell eine wichtige Rolle spielen (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 192), werden der *Status quo* und die Herausforderung auch durch die Anzahl ähnlicher Phänomene verstärkt. Im Fall der Arbeitsmarktpolitik kann beispielsweise steigende Arbeitslosigkeit in einer einzelnen Region eher ignoriert werden, als entsprechende Berichte aus allen Regionen eines Landes. Gemäß der fünften Lern-Hypothese wirken diese *Informationen* aber eher gegenüber Policy-Brokern als gegenüber den Mitgliedern einer gegnerischen Koalition.

Die Auswirkungen von *Ereignissen* und *Informationen* bemessen sich nicht nur daran, ob sie einen Policy Core Belief bestärken oder herausfordern. Ihre volle Bedeutung erlangen sie erst in der Wahrnehmung, welche Konsequenzen sie für einen Akteur, eine Organisation oder die Allgemeinheit hervorrufen, wie gut die existierenden Programme im Umgang mit ihnen funktionieren und wie dringend sie reformiert werden müssen (Barnett und Pratt 2000, S. 75). Die Literatur über Krisen in der Politik ist vielfältig, im Rahmen dieser Arbeit ist aber vor allem ihre Wirkung auf die Stabilität von Beliefs der Akteure innerhalb eines Subsystems von Interesse. In diesem Zusammenhang betonen Boin und 't Hart (2003, S. 548) sowie Nohrstedt (2008, S. 273) die Belief-stabilisierende Wirkung einer Krise, insbesondere für die Mitglieder der dominanten Koalition. Nach Nohrstedt besteht hier ein Zusammenhang mit den Akteurs-bezogenen Beliefs, denn die Vertreter der dominanten Koalition kämpfen um ihr politisches Überleben und nehmen eine Herausforderung als Bedrohung wahr. Das führt dazu, dass sie Veränderungen gegenüber weniger offenstehen (Nohrstedt 2008, S. 262). Barnett und Pratt setzen dieser Sichtweise eine flexiblere Perspektive gegenüber. Demnach kann eine Krise nicht nur Rigidität, sondern auch Veränderungen, wie etwa Lernprozesse, stimulieren (Barnett und Pratt 2000, S. 83–84). Einige Studien haben auch gezeigt, dass Organisationen mit riskanten Aufgaben, wie etwa Fluggesellschaften, eine stärker ausgeprägte Lernkultur besitzen, als solche mit einer geringeren *Fehler-Gefährlichkeit*²⁴ (Ellis et al. 1999; Lipshitz et al. 2002, S. 90–92). Daraus folgt, dass ein Akteur umso eher einen Policy Core Belief verändert, je gravierender das Unterlassen eines solchen Prozesses für ihn wird. Während also der potentielle Verlust von Anerkennung eine eher geringe Fehler-Gefährlichkeit darstellt, besteht bei drohendem Verlust der eigenen Ressourcen, des Parteiprogramms, von Amt, Mandat oder gar Leben eine höhere Chance auf die Veränderung eines Policy Core Beliefs. Das bedeutet auch, dass das bedrohte Gut in einem anderen Policy Core Belief oder einem Deep Core Belief vertreten werden muss, um eine Veränderung wünschenswert erscheinen zu lassen. Das Festhalten am übergeordneten Belief „Erhalt des eigenen Amtes“ könnte beispielsweise einen Akteur auf der Policy Core Belief-Ebene von einer ökologischen hin zu einer ökonomischen Perspektive wechseln lassen. Wieder sollte man sich vergegenwärtigen, dass die Verschwendung einer Gelegenheit ebenfalls als Fehler angesehen werden kann. Im Sinne der ACF-Annahme begrenzter Rationalität und subjektiver Wertevorstellungen muss man auch betonen, dass Akteure die Gefährlichkeit potentieller Fehler nicht gleich stark bewerten müssen. So könnte

²⁴ Eigene Übersetzung des Begriffs „error criticality“.

ein Akteur aus einer Nichtregierungsorganisation an einem Belief festhalten, wenn er befürchten muss, bei seiner Aufgabe die Unterstützung seiner Vertretenen zu verlieren. Ein Mitglied eines Wirtschaftsverbands, bei dem die Aufgabe desselben Beliefs nur einen geringfügigen Verlust an Ansehen verursachen würde, könnte diesen dagegen eher aufgeben. Wieder sei hier an die Untersuchung von Jenkins-Smith, St. Clair und Woods über die Vergabe von Öl- und Gas-Förderlizenzen im äußeren Kontinentalschelf der USA (1991) sowie die fünfte Koalitions-Hypothese erinnert. Neben der Fehler-Gefährlichkeit werden die Konsequenzen eines Ereignisses auch durch das Maß seiner Erklärbarkeit bestimmt. Wenn ein Akteur ein Ereignis nicht mit seinem bestehenden Belief-System erklären kann, nimmt die Bereitschaft für grundlegendes Policy-Lernen zu (Hall 1993, S. 280). So könnte das Versagen eines Marktes in einer Wirtschaftskrise zu einer Abkehr von liberaler Wirtschaftspolitik führen, wenn diese weder Erklärungen für die Entstehung der Krise noch wirksame Ansätze zu ihrer Lösung bietet. Ebenso könnte eine Häufung von Unfällen in der Atomenergie-Gewinnung deren Einschätzung als sichere Energiequelle verwerfen. Umgekehrt gibt es keinen Grund für Veränderungen, wenn diese gemäß den Erwartungen verläuft.

Schwankende Stärke der Ego-, Alter und Objekt-zentrierten Variablen

Gemäß früheren ACF-Versionen engagieren sich Akteure nur in ein bis zwei Policy-Sektoren, da Spezialisierung Vorteile im politischen Wettbewerb bringt (Sabatier 1993, S. 23), die Thematik Außenseiter überfordert und sie sich nicht in fremde Subsysteme einmischen wollen (Zafonte und Sabatier 1998, S. 473). Im Rahmen dieser Arbeit wird aber davon ausgegangen, dass es auch Generalisten gibt, die unterschiedlich intensiv in unterschiedlichen Subsystemen partizipieren. Da Zeit in solchen Fällen ein knappes Gut ist, überprüfen diese Akteure laufend, welches Subsystem gerade die größte Aufmerksamkeit erfordert. Die Erklärung beider Phänomene beginnt beim Individuum, dessen Kapazitäten zur Datenverarbeitung begrenzt sind. Fishbein und Ajzen gehen davon aus, dass Akteure zu jedem Zeitpunkt nicht mehr als fünf bis neun Beliefs über ein Objekt aus dem Stehgreif abrufen können (2010, S. 99). Auch verfügen sie nur über ein begrenztes Maß an Zeit und Geld, um sich Wissen aneignen und Kontakte knüpfen zu können. Nach Ansicht der beiden Autoren sind sie sich dieser Unzulänglichkeit durchaus bewusst und berücksichtigen sie als wahrgenommene Verhaltens-Beherrschbarkeit bei der Formierung ihres geplanten Verhaltens (2010, S. 22). Diese Gedanken finden sich auch im Konzept der parallelen und seriellen Datenverarbeitung, welches auf Simon zurückgeht

(1962) und insbesondere von Jones und Baumgartner in ihren Arbeiten zur PET genutzt wurde (Jones und Baumgartner 2005a; Baumgartner et al. 2014). Während sich Organisationen durch Arbeitsteilung mit unterschiedlichen Themen parallel befassen können, müssen Individuen durch ihre begrenzten Kapazitäten Informationen nacheinander, also seriell, bearbeiten (Jones und Baumgartner 2005b, S. 38–39). Anreize für Veränderungen in der Aufmerksamkeitsspanne können zudem an den Akteur herangetragen werden. Derartige Mobilisierungs-Prozesse finden nicht nur zwischen Akteuren unterschiedlicher Organisationen statt, sondern auch innerhalb von diesen. Auch hier gilt, dass nicht alle Akteure alle Themen zu jedem Zeitpunkt verfolgen (Cohen et al. 1972). Grundlagen dazu sind auch im ACF vorhanden. So haben unterschiedliche Autoren darauf verwiesen, dass es Akteure gibt, die Mitglieder in mehreren Subsystemen sind (Weible und Sabatier 2007, S. 127; Jones und Jenkins-Smith 2009, S. 46). Auch die Unterscheidung zwischen Haupt- und Hilfs-Mitgliedern einer Koalition verweist auf die unterschiedliche Bedeutung, welche ein Subsystem für die Akteure haben kann (Weible et al. 2010). Sabatier bezeichnet Verschiebungen der Aufmerksamkeit von Eliten und öffentlicher Meinung als Schlüsselement des politischen Systems der USA (1988, S. 130). Unter der Bedingung knapper Aufmerksamkeits-Spannen sind es Wahrnehmungen von Ereignissen und Bedürfnissen aus der politischen Umwelt, welche Gesetzgeber und Öffentlichkeit aktivieren (Sabatier und Weible 2007, S. 198–199) und die Hierarchie von Subsystemen untereinander verändern können (Jones und Baumgartner 2005a, S. 330–331). So sind insbesondere Krisen geeignet, Aufmerksamkeit auf ein Subsystem zu lenken. In diesem Fall kann ein Akteur aus eigenem Antrieb oder unter dem Druck der Öffentlichkeit die Entscheidung treffen, sich zu engagieren (Birkland 1997; Boin und Hart 2003; Rerup 2009). Auch wenn sie davon ausgehen, dass im Subsystem in nächster Zukunft mit Veränderungen in Form von wichtigen juristischen Urteilen, neuen Gesetzen oder Vorschriften zu rechnen ist, mobilisieren die Koalitionen alle Kräfte (Jones und Baumgartner 2005a, S. 341). In Zusammenhang damit steht die Beobachtung, dass sich Politiker auf Gebieten, in denen sie keine Spezialisten sind, auf Fingerzeige von Personen verlassen, denen sie vertrauen (Sabatier und Hunter 1989, S. 253). Insofern sind sie in diesen Feldern keine Haupt-, sondern eher als Hilfs-Mitglieder des Subsystems anzusehen, die aber dennoch im Moment einer politischen Entscheidung durch ihre Entscheidungsgewalt temporär entscheidend wirken können. Diese theoretischen Überlegungen werden zudem durch empirische Befunde untermauert. Nohrstedts Studie über die schwedische Atomenergiepolitik zeigte, dass sich die Anzahl der an parlamentarischen Anhörungen und

Beratungen beteiligten Organisationen erst halbierte und dann wieder verdoppelte (2010). Auch Hall konstatierte in seiner Untersuchung der britischen Wirtschaftspolitik der 1970er- und 80er-Jahre eine steigende Zahl von Akteuren im Untersuchungszeitraum (1993, S. 289). Wenn die Zahl der Akteure in einem Subsystem über mehrere Zeitpunkte hinweg schwanken kann und besondere Ereignisse den Fokus auf ein Subsystem erhöhen, unterliegen auch Faktoren wie der *devil shift* und die *soziale Kohäsion* Schwankungen. Das Ausmaß an *devil shift*, welches ein Akteur gegenüber einer Koalition empfindet, könnte sich beispielsweise verringern, wenn er nach personellen Wechseln den Eindruck hat, den neuen Akteuren stärker vertrauen zu können. Auch steigt die *soziale Kohäsion* eines Policy Core Beliefs, wenn neu hinzukommende Akteure ihn vertreten.

Grundlegendes Policy-Lernen als Resultat aller Variablen sowie der Intentionen

Manche der eben eingeführten Variablen haben ausschließlich eine hemmende Wirkung auf Lernprozesse beziehungsweise legen die Bewahrung der bestehenden Policy Core Beliefs nahe. Ihre Wirkung hängt direkt von ihrer Stärke ab. Zu diesen Variablen gehört der Grad an *selektiver Wahrnehmung*, die *Erfahrung des Akteurs mit gegnerischen Argumenten* und das Ausmaß des *devil shifts*. Andererseits gibt es Variablen, die sowohl bestätigend wirken, als auch als Teil der Herausforderung grundlegende Lernprozesse auslösen können. Dazu gehören die Ausprägung des *analytischen Zugangs*, die Natur der *sozialen Kohäsion* sowie die *Ereignisse und Informationen*, welche der Akteur wahrnimmt. Ego-, Alter und Objekt-zentrierte Variablen sind zudem vielfältig miteinander verbunden. So kann etwa der *devil shift* die *selektive Wahrnehmung* verstärken und beide können die Wahrnehmung eines *Ereignisses* beeinflussen. Auch entwickeln Akteure Konsequenzen aus *Ereignissen*, die ihrem *analytischen Zugang* entsprechen und weisen auf der Basis ihrer *Erfahrung* solche zurück, die sie ablehnen. Da die Variablen aus der ACF-Literatur und Arbeiten zu politischem Lernen im Allgemeinen entwickelt wurden, können sie als gegeben übernommen werden. Durch ihre dyadische Natur müssen die Annahmen über grundlegendes Policy-Beharren und grundlegendes Policy-Lernen allerdings in zwei Prämissen formuliert werden, die ihre jeweilige Ausprägung spiegeln:

Prämisse 4: *Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief umso weniger verändern, hinzufügen oder löschen, (1) je selektiver seine Wahrnehmung entwickelt und (2) je erfahrener er in der Widerlegung einer Herausforderung ist, (3) je weniger er das dem betreffenden Belief*

zugrundeliegende Wissenschaftsverständnis akzeptiert und (4) je stärker sowohl der devil shift als auch (5) die bestätigende soziale Kohäsion ausgeprägt sind. Zudem wird grundlegendes Policy-Lernen umso unwahrscheinlicher, (6) je schwächer die herausfordernde soziale Kohäsion ist und (7) je mehr Ereignisse die gegenwärtigen Policy Core Beliefs des Akteurs bekräftigen, (8) je länger sie anhalten und (9) je eher die Konsequenzen einen stabilisierenden Effekt haben.

Prämisse 5: *Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief umso eher verändern, hinzufügen oder löschen, (1) je weniger selektiv seine Wahrnehmung entwickelt und (2) je weniger erfahrener er in der Widerlegung einer Herausforderung ist, (3) je stärker er das dem betreffenden Belief zugrundeliegende Wissenschaftsverständnis akzeptiert und (4) je schwächer sowohl der devil shift als auch (5) die bestätigende soziale Kohäsion ausgeprägt sind. Zudem wird grundlegendes Policy-Lernen umso wahrscheinlicher, (6) je stärker die herausfordernde soziale Kohäsion ist und (7) je mehr Ereignisse die gegenwärtigen Policy Core Beliefs des Akteurs herausfordern, (8) je länger sie anhalten und (9) je eher die Konsequenzen einen herausfordernden Effekt haben.*

Sobald ein Akteur eine Herausforderung wahrgenommen hat, bewertet er, welche Konsequenzen diese für die Umsetzung seiner Intentionen hat. Hier wird nochmals auf Lakatos verwiesen: Nach ihm können selbst starke Zweifel an einem Forschungsprogramm ignoriert werden, solange der Schutzgürtel darum akzeptable Antworten liefert oder schlicht kein besseres Forschungsprogramm zur Verfügung steht (1971, S. 99–101). Die Herausforderung ist also eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung von grundlegendem Policy-Lernen. Diese Annahme deckt sich mit der Policy-Veränderungs-Hypothese 1, wenn auch ansonsten grundlegendes Policy-Lernen und grundlegender politischer Wandel nicht zwangsweise miteinander verknüpft sind. Wiederum auf der Grundlage von Lakatos Beschreibung wissenschaftlicher Auseinandersetzungen (1971, S. 100) und der Koalitions-Hypothese 3 des ACF wird davon ausgegangen, dass diese Abwägungsprozesse über einen längeren Zeitraum und in mehrere Stufen verlaufen können. Auch wird nicht zwingend erwartet, dass Akteure Policy Core Beliefs sofort oder grundsätzlich in das komplette Gegenteil verkehren. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass ein Belief in unterschiedlichen Nuancen formuliert werden kann. Der Gegensatz kann zwischen einem Policy Core Belief und einem Deep Core Belief wirken. Da Einflüsse aus anderen Subsystemen im ACF aber eine Rolle spielen, kann ein Policy Core Belief auch mit einem Belief aus einem anderen Subsystem in Konflikt geraten, der näher am Kern

steht. Das gilt insbesondere im Falle überlappender oder verschachtelter Subsysteme. Ein Beispiel hierfür wäre ein Bundeskanzler im Spannungsverhältnis zwischen dem Zwang zur Haushaltskonsolidierung infolge einer Wirtschaftskrise und dem Wunsch, den Sozialstaat auszubauen. In diesem Beispiel sind auch unterschiedliche Präferenzen vorstellbar. So könnte ein Politiker einer konservativen Partei schneller für einen solchen Zielwechsel eintreten, während ein Akteur mit sozialdemokratischem Hintergrund diesen möglicherweise verzögern oder gar nicht durchführen würde. Dieses Abwägen der unterschiedlichen Aspekte im Kern eines Belief-Systems gilt auch umgekehrt, wenn sich eine Herausforderung in Form einer Chance für einen neuen Policy Core Belief ergibt. Dieser wird nur dann aufgenommen, wenn die Prioritäten dies begünstigen. Die Wirkungskräfte aller Variablen sind nicht losgelöst voneinander zu betrachten, sondern ergeben eine gesamt-Wahrscheinlichkeit für grundlegenden Wandel. Den Ausschlag in diesem Abwägungsprozess gibt das Verhältnis des Policy Core Beliefs zu den Intentionen und darin insbesondere den Deep Core Beliefs. Diese wollen die Akteure vor allem Anderen schützen und sie möglichst unverfälscht in politischen Programmen etablieren. Da nicht jeder Policy Core Belief zwangsläufig symbiotisch interdependent mit dem Kern ist, kann der Akteur zu der Ansicht gelangen, dass seine Aufrechterhaltung ihn bedroht oder nicht optimal umsetzt. Zwei idealtypische Beispiele für den Umgang mit Policy Core Beliefs und das Engagement in einem Subsystem sind der Märtyrer und der Minister. Der Märtyrer ist nur in einem einzigen Subsystem aktiv, welches als Ganzes eine hohe Salienz für ihn besitzt. Seine damit korrespondierenden Vorstellungen und Wünsche werden von so starken Beharrungskräften geschützt, dass er lieber sein Amt oder im Extremfall sogar sein Leben als seine Policy Core Beliefs aufgeben würde. Der Märtyrer als Idealtypus wird insbesondere unter den Mitgliedern von Organisationen mit Bezug zur Umwelt oder einer Religion, Bürgerrechten oder der Gewerkschaftsbewegung vermutet. Der Minister ist dagegen gezwungen, seine Aufmerksamkeit zwischen allen Subsystemen aufzuteilen, die sein Ressort betreffen. Da er vielfach auch über ein wichtiges Mandat in einer politischen Partei verfügt, kann er sogar gezwungen sein, sich auch in Subsystemen außerhalb seines Ressorts zu engagieren. Dabei hat der Minister ein hervorgehobenes Interesse an einigen Subsystemen, während er sich zu anderen nur im Bedarfsfall und vereinzelt äußert. Damit einher geht auch die Stärke seiner Beharrungskräfte. Während sie auf den Feldern seines Interesses stark ausgebildet sind, hat er in anderen Bereichen keine festen Policy Core Beliefs, sondern verlässt sich auf die Meinung seiner Berater. Auch wenn er in allen Subsystemen über ein Mindestmaß

an Beharrungskräften verfügt, sind sie in den für ihn uninteressanten Themen nur schwach ausgebildet. Im Fall einer Abwägung zwischen dem Verlust des Amtes oder wichtiger Ressourcen und der Aufrechterhaltung des Policy Core Beliefs steht er daher grundlegendem Policy-Lernen aufgeschlossen gegenüber. Eine solche Perspektive erscheint mit dem ACF vereinbar, denn Güterabwägungen – etwa über die Frage, wessen Wohlfahrt berücksichtigt werden sollte – sind bereits zumindest in Grundzügen vorhanden (Sabatier 1998, S. 109). Da die Entscheidung über Lernen und Nicht-Lernen aus unterschiedlichen Kombinationen der Variablen und individuellen Intentionen entsteht, sind Aussagen, wann die Schwelle von Nicht-Lernen zu Lernen überschritten wird, *ex ante* nicht möglich. Dazu müssten ihre Wirkungen in präzise messbare Kräfte gefasst werden, welche miteinander verrechnet werden könnten. Dies ist in der vorliegenden Fassung nicht möglich und erscheint auch prinzipiell sehr fraglich. Daher müssen sowohl die Elemente, welche eine Herausforderung verstärken, als auch jene, welche den *Status quo* bekräftigen, aufsummiert werden. In dieser Form können sie dann miteinander *ex post* verglichen werden:

Forschungshypothese 2: *Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief nur dann verändern, hinzufügen oder löschen, wenn die Stärke der herausfordernden Phänomene jene der Beharrungskräfte übersteigt und der Lern-Prozess zu einer verbesserten Realisierung seiner Intentionen passt. Umgekehrt wird er seine Policy Core Beliefs nur dann aufrechterhalten, wenn die Beharrungskräfte stärker ausgeprägt sind, als die herausfordernden Phänomene und er seine Intentionen weiterhin optimal damit umsetzen kann.*

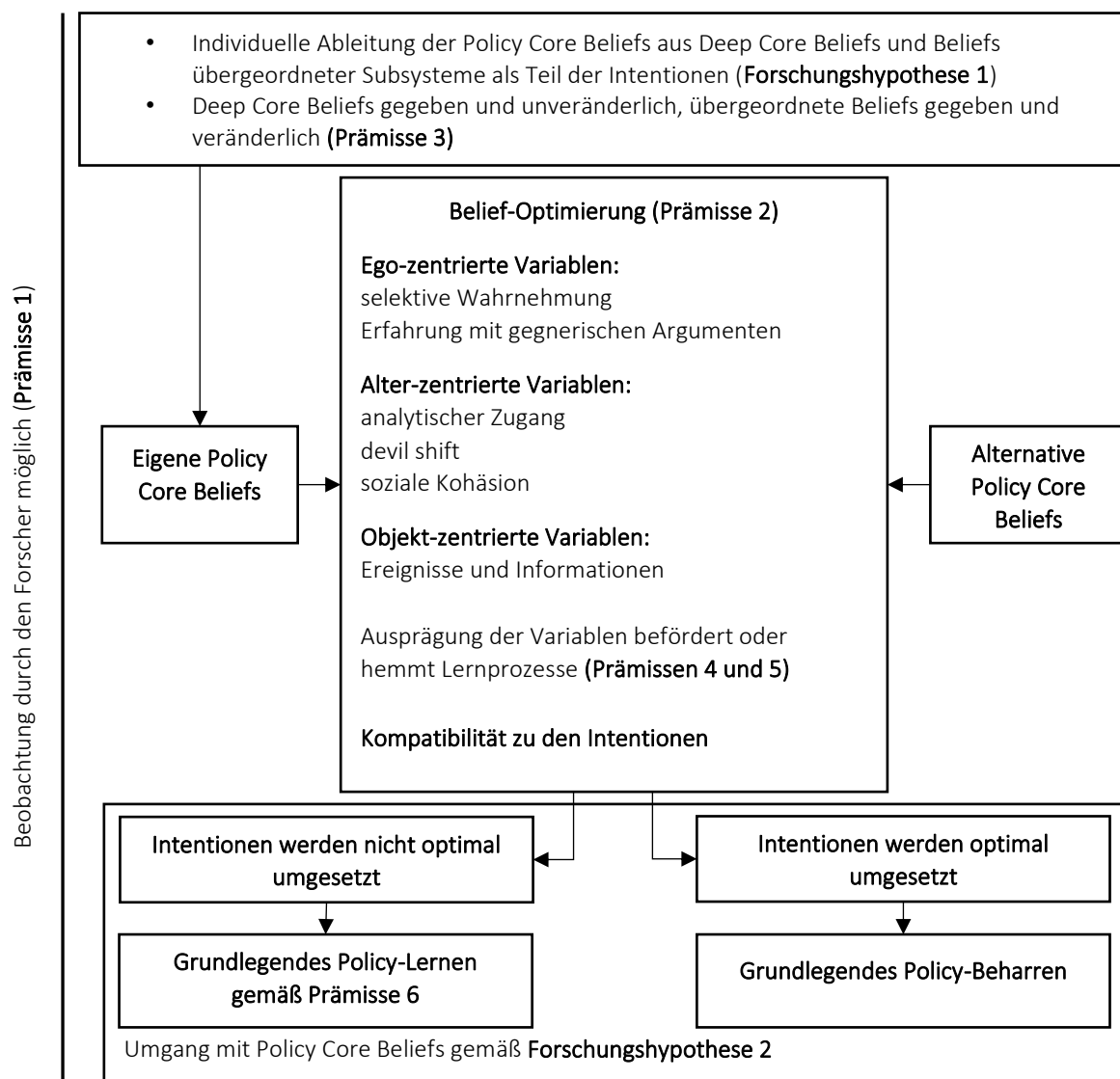
Diese Hypothese gewinnt dann an Kraft, wenn sich erstens im Vorfeld von Lernprozessen Nachweise von mindestens einer stark herausfordernd wirkenden Variable finden. Im Umkehrschluss bedeutet das zweitens, dass nicht alle Variablen einen bewahrenden Charakter besitzen dürfen. Drittens muss erkennbar sein, dass Akteure, bei denen Lernprozesse nachgewiesen werden konnten, dabei die Umsetzung höherrangiger Beliefs im Sinn hatten und man aus dem Lernprozess eine Optimierung dieser Umsetzung herauslesen kann. Ob dies der Fall ist, muss durch eine Analyse der Intentionen ermittelt werden. Umgekehrt müsste bei grundlegendem Policy-Beharren mindestens eine Variable die herausfordernden Beliefs deutlich widerlegen, es dürften nicht alle Variablen herausfordernd ausgestaltet sein und / oder der herausfordernde Belief dürfte im Rahmen der Intentionen nicht die Umsetzung der übergeordneten und Deep Core Beliefs des Akteurs verbessern. Ihren Abschluss findet die

Belief-Optimierung in der Anpassung der Policy Core Belief-Ebene. Auf welche Arten ein Akteur lernen kann, wurde bereits in Abschnitt 2.5.2 ausgeführt. Daher wird an dieser Stelle lediglich rekapituliert, dass der Akteur seine Policy Core Beliefs entweder durch eigene Datenverarbeitung oder durch die Adaption der Beliefs anderer Akteure verändern kann.

Prämisse 6: Die Anpassung der Policy Core Belief-Ebene erfolgt entweder durch selbstständige Informationsverarbeitung oder durch die Übernahme fremder Policy Core Beliefs.

Die folgende Grafik fasst nochmals alle Gedanken des dritten Kapitels zusammen:

Abbildung 7: Schematische Darstellung des Variablen-Intentionen-Modells für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren



Quelle: Eigene Darstellung.

4 Methodik

Wie bereits in der Einleitung von Kapitel 2 vermerkt wurde, sind nicht alle Elemente des ACF für die Untersuchung von grundlegendem Policy-Lernen und Policy-Beharren relevant. Daher muss zunächst klargestellt werden, welches Erkenntnisinteresse an die zu erhebenden Daten gerichtet ist, so dass in einem zweiten Schritt die zu operationalisierenden Elemente des ACF ausgewählt werden können. Für die empirische Untersuchung der Hypothesen wird eine Belief-Analyse durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Methode, die gedanklich auf linguistischen Ansätzen in der Policy-Forschung (Swaffield 1998) sowie der Eliten-Forschung von Converse (1964) und insbesondere Jenkins-Smith und Sabatier (1993a) beruht. Ziel ist es, einerseits, Verteilungen von Beliefs über die Zeit und auf einzelne Akteure zu ermitteln. Andererseits wird untersucht, welche Beliefs gemeinsam formuliert werden, so dass sich Argumentationsstrukturen analysieren lassen. Auf diese Weise können Umfang und Qualität von Veränderungen deutlich gemacht werden. Dazu werden hauptsächlich Dokumente ausgewertet und die Ergebnisse in einer Datenbank angeordnet. Durch die Datenerhebung entsteht einerseits ein Bild über das Subsystem, zusammengesetzt aus der Gesamtheit der Akteure sowie der Beliefs. Dieses ist wichtig, weil der Akteur im ACF auf verschiedene Arten im Austausch mit dem Subsystem steht. Andererseits können aus der Menge der so gewonnenen Akteure Individuen ausgewählt werden, die sich für eine Untersuchung grundlegenden Policy-Lernens beziehungsweise -Beharens eignen. Bei ihnen wird überprüft, welche herausfordernden und bestärkenden Kräfte auf ihre Policy Core Beliefs einwirken und ob Lernen und Nicht-Lernen gemäß dem skizzierten Modell stattfindet.

4.1 Erkenntnisinteresse

Das primäre Interesse an der Feldstudie besteht darin, Gründe für grundlegendes Policy-Lernen ebenso wie für grundlegendes Policy-Beharren zu untersuchen. Folgende Leitfragen strukturieren daher die Datenerhebung:

Wie werden Policy Core Beliefs begründet?

Um die erste Forschungshypothese zu überprüfen, muss nachvollzogen werden, wie die Akteure einen Policy Core Belief begründen beziehungsweise welche übergeordneten Ziele mit ihm umgesetzt werden sollen. Dazu müssen mindestens die Beliefs auf der Policy Core Belief- und der supra-Subsystem-Ebene erfasst werden.

Lernen individuelle Akteure überhaupt auf der Ebene der Policy Core Beliefs?

Wie zuvor dargelegt wurde, wird erwartet, dass individuelle Akteure Policy Core Beliefs verändern, ergänzen oder aufgeben können. Es ist aber ebenso denkbar, dass kein Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs stattfindet. In diesem Fall müsste auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse entschieden werden, ob weitere Studien mit denselben Forschungshypothesen und Methoden sinnvoll erscheinen, oder ob eine Revision in einem oder beiden Modulen durchgeführt werden sollten. Umgekehrt erscheint der Lernbegriff in der theoretischen oder methodologischen Dimension unscharf, wenn die überwiegende Mehrheit der Akteure einer Vielzahl von Lernprozessen unterliegt.

Warum verändern individuelle Akteure Policy Core Beliefs?

Sollten Fälle individuellen Lernens auf der Ebene der Policy Core Beliefs entdeckt werden, muss überprüft werden, ob in diesem Zusammenhang eine starke Herausforderung und schwache Beharrungskräfte vorlagen. Dafür werden geeignete Messmethoden benötigt.

Warum halten individuelle Akteure ihre bestehenden Policy Core Beliefs aufrecht?

Die vierte Leitfrage ist als Umkehrung der dritten zu verstehen. Da die Verteilung von Lernen und Nicht-Lernen auch davon abhängt, wie ersteres von Zufällen in der Datenerfassung, kurzfristigen Affekten und taktisch platzierten Aussagen unterschieden wird, ist die Erarbeitung entsprechender Regeln notwendig.

4.2 Datengewinnung

Aus diesen Leitfragen ergibt sich, dass Informationen über die folgenden Aspekte des Untersuchungsgegenstandes gewonnen werden müssen:

- Die Problemstruktur des Untersuchungsgegenstandes
- Angemessene Grenzen des Untersuchungszeitraums
- Inhaltliche und geographische Grenzen, Territorium und Inhalt des Subsystems sowie die Verteilung von Autorität darin
- Die Beliefs innerhalb des Subsystems, sortierbar in Ebenen sowie die Zeiträume ihres Auftretens
- Die Zahl der Akteure inklusive ihrer Beliefs sowie Äußerungen über andere Akteure

- Interne und externe Ereignisse, insbesondere Einflüsse aus anderen Subsystemen

Damit die erarbeiteten Hypothesen empirisch überprüft werden können, muss eine große Menge an Daten erzeugt werden. Dazu müssen adäquate Methoden zur Datenerhebung ausgewählt werden. Um aus dem so gewonnenen Datensatz Nachweise für die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen gewinnen zu können, müssen zudem die Methoden ihres Nachweises definiert werden. Im Detail untersucht werden dann die zehn Beispiel-Akteure mit den meisten Aussagen und damit dem dichtesten Daten-Bild. Selbstverständlich gehen die Überlegungen über die Konstruktion der Forschungsmethodik der Auswahl des Datenerhebungs-Verfahrens gedanklich voraus. Allerdings werden im Rahmen dieses Konstruktions-Prozesses mehrere Regeln aufgestellt, die leichter verstanden werden können, wenn bereits bekannt ist, wie die empirischen Daten gewonnen werden. Daher steht dieser Abschnitt an erster Stelle und die Konstruktion des Forschungsdesigns folgt darauf.

4.2.1 Methoden der Datengewinnung

Die Untersuchung aller Variablen der Belief-Optimierung erfordert eine große Menge an Daten: *Selektive Wahrnehmung* kann etwa nur gemessen werden, wenn bekannt ist, welche Beliefs insgesamt im Subsystem vorhanden sind und welche Teilmenge davon ein Akteur vertritt. Bei internen und externen Ereignissen muss geklärt werden, welche Akteure sie referenzieren und wie lange sie im Subsystem diskutiert werden. Um den Ertrag an Daten zu maximieren, werden unterschiedliche Methoden zu ihrer Erhebung angewandt.

Allgemeine Inhaltsanalyse

Den Einstieg in die Empirie bildet die allgemeine Inhaltsanalyse in Form einer Auswertung schriftlicher Quellen (Alemann und Tönnemann 1995, S. 108–140). Hier werden Positionspapiere und historische Überblicke zum Untersuchungsgegenstand ergebnisoffen analysiert. Ziel dabei ist es, einen ersten Eindruck über Akteure, Organisationen, Koalitionen, politische Entscheidungen sowie umstrittene Policy Core Beliefs und Secondary Aspects zu erhalten. Sie unterscheidet sich von der Belief-Erfassung darin, dass auch Dokumente, die keine Aussagen individueller Akteure enthalten mit dieser Methode genutzt werden können. Die allgemeine Inhaltsanalyse ist eine Vorarbeit für die Belief-Erfassung und soll sicherstellen, dass

in dieser keine Informationen unterbelichtet bleiben, die für die Untersuchung grundlegender Belief-Veränderung wichtig sind.

Experten-Interviews als Hintergrundgespräche

Als nächster Schritt sollen mit Experten-Interviews zwei Ziele erreicht werden. Einerseits sind sie ein geeignetes Mittel, um die Befunde der allgemeinen Inhaltsanalyse zu überprüfen (Kaiser 2014, S. 289). Daher werden sie als Feedback-Schleife genutzt. Andererseits soll auf diesem Weg überprüft werden, ob noch andere Einflussfaktoren für grundlegende Belief-Veränderungen individueller Akteure existieren, die in die Forschungshypothesen einfließen müssen. Für die Auswahl der Gesprächspartner gilt, dass sie über ein ausreichend großes und langjähriges Wissen in der Bedarfssteuerung verfügen müssen. Dazu wird in der allgemeinen Inhaltsanalyse geprüft, welche Akteure mehrfach umfangreichere Aussagen über dieses Subsystem treffen. Die Präferenz bei der Auswahl liegt dabei auf Akteuren, die einen eher wissenschaftlichen Beruf ausüben, da vermutet wird, dass diese besser mit wissenschaftlich formulierten Fragestellungen vertraut sind. Um eine einseitige Erklärung des Subsystems zu vermeiden, sollen zudem Experten aus unterschiedlichen Institutionen befragt werden. Für den erwünschten Erkenntnisgewinn stehen folgende Kernfragen im Mittelpunkt:

- Welche Ansichten hat der Interview-Partner zum Thema Bedarfssteuerung?
- Warum haben bestimmte Akteure grundlegende Beliefs verändert?
- Welche Auffälligkeiten hat der Befragte im Subsystem Bedarfssteuerung beobachtet?

Die Interviews selbst werden teil-strukturiert, halboffen und Face-to-Face mit Einzelpersonen geführt (Alemann und Tönnemann 1995, S. 113–115). Das bedeutet, dass einerseits ein Leitfaden angelegt wird, der die oben genannten Kernfragen abdeckt und bei allen Gesprächen zum Einsatz kommt. Die Kernfragen wiederum werden in jedem Interview und gegebenenfalls durch Nachfragen bearbeitet. Andererseits kann der Gesprächspartner seine Antworten frei strukturieren. Zudem wird die Reihenfolge der Fragen dem Gesprächsverlauf angepasst, um den Dialog möglichst ergiebig zu gestalten. Die Teil-Strukturierung besteht auch darin, dass der Gesprächspartner jenseits der Kernfragen Themen auslassen kann, über die er kein eigenes Wissen verfügt. Zuletzt enthält der Leitfaden eine offen gestellte Frage über wichtige Aspekte der Bedarfssteuerung, die im bisherigen Gesprächsverlauf keine Berücksichtigung gefunden haben. Auf diese Weise soll insbesondere die Existenz alternativer Erklärungen für

grundlegende Belief-Veränderung überprüft werden. Aus Gründen des Datenschutzes werden die Gesprächspartner anonymisiert und die Interview-Manuskripte nicht veröffentlicht.

Belief-Erfassung

Die Belief-Erfassung ist eine Form der Inhaltsanalyse (Jenkins-Smith und Sabatier 1993a) und bildet den Hauptteil der Datenerhebung. Sie erfolgt aus schriftlichen Quellen, denn dieses Vorgehen scheint am besten geeignet, um Antworten auf das Erkenntnis-Interesse zu finden und bekannte Fehler im Zusammenhang mit den Forschungsmethoden auszuschließen. So soll eine Verzerrung des Untersuchungsgegenstandes durch die Untersuchung selbst – etwa durch die bewusste oder unbewusste Veränderung der eigenen Aussagen im Rahmen einer Interviewsituation – vermieden werden (Alemann und Tönnemann 1995, S. 121). Diese Gefahr besteht natürlich auch bei schriftlichen Quellen, da sich Akteure auch dort ihrem mutmaßlichen Publikum anpassen können (Jenkins-Smith et al. 1991, S. 857–858). Dadurch bleibt die Frage offen, ob ein Akteur seine Beliefs lediglich taktisch an die Umgebung anpasst, oder tatsächlich lernt (Heikkilä et al. 2014, S. 81). Das Problem soll in seiner Auswirkung erstens durch die Erfassung einer Vielzahl von Aussagen reduziert werden. Dadurch sollte es möglich sein, zwischen beiden Phänomenen zu unterscheiden, denn über einen Zeitraum mehrerer Jahre ist es deutlich schwieriger, die „wahren“ Beliefs zu verbergen. Wie im nächsten Abschnitt dargelegt werden wird, werden zudem zweitens unterschiedliche Quellen analysiert. Dazu gehören etwa Zeitungen oder Bundestagsdrucksachen. Auch dadurch sollte sich die Verfälschung der Belief-Systeme reduzieren. Zuletzt hängt die Neigung eines Akteurs, Beliefs zu verzerren, von der Beschaffenheit seiner Zielgruppe ab (Jenkins-Smith und Sabatier 1993a, S. 243). Daher soll drittens durch die Auswahl von Fachpublikationen als Quelle die Wahrscheinlichkeit verfälschter Beliefs reduziert werden. Nach von Alemann und Tönnemann hat die Inhaltsanalyse schriftlicher Quellen zudem den Vorteil, auch Akteure erfassen zu können, die nicht oder nicht mehr erreichbar sind oder nicht für ein Interview zur Verfügung stehen möchten. Bei einem umfangreichen Untersuchungszeitraum ist zu vermuten, dass bei einer Belief-Erfassung aus mündlichen Quellen zahlreiche Akteure nicht mehr berücksichtigt werden könnten. Zusätzlich zu diesen Vorteilen wird zumindest bei Quellen, deren gewünschte Wirkung gleichzeitig zum Moment ihrer Entstehung eintreten soll, eine Verzerrung durch einen großen zeitlichen Abstand vermieden. Auch kann auf diese Weise leichter zwischen veränderten Beliefs aufgrund von affektiven Handlungen und Policy-Lernen unterschieden

werden. Um die kompletten Intentionen in Form der Argumentationsstrukturen der Akteure erfassen zu können, müssten Interviews zudem sehr umfangreich ausfallen. Selbst wenn dies möglich wäre, erscheint es unwahrscheinlich, die Vielfalt der kausalen Beziehungen im Denksystem der Individuen durch reines Erfragen zu erfassen. Demgegenüber bietet die Untersuchung schriftlicher Quellen den Vorteil, durch eine Vielzahl von Dokumenten das Belief-System eines Akteurs nach und nach abbilden zu können. Es wird auch erwartet, dass die Äußerungen in schriftlichen Quellen weniger anfällig für Verzerrungen durch Affekte sind, da sie einerseits redigiert werden. Andererseits müsste sich der Einfluss von Emotionen auch in unterschiedlichen Aussagen über mehrere Dokumente hinweg bemerkbar machen. Diese können wiederum anhand weiterer Dokumente untersucht werden, so dass eine Trennung des längerfristigen Beliefs von der emotionalen Aussage möglich wird. Durch die einheitliche Erhebungsmethode für alle Akteure kann zudem eine systematische Datenerfassung auch für große Mengen individueller Akteure erfolgen. Zuletzt steht diese Form der Belief-Erfassung unterschiedlichen Quellen, wie Redemanuskripten, Interview-Protokollen oder Positionspapieren gegenüber offen. Zur Beschreibung der erfassten Daten werden folgende Begriffe verwendet: Ein Dokument, in dem Statements individueller Akteure über das Subsystem entdeckt werden, wird als Quelle titulierte. Jedes Statement kann einen oder mehrere Beliefs enthalten, die individuell erfasst werden. Die Erhebung erfolgt offen, das heißt, es wird nicht nach bestimmten Beliefs gesucht. Stattdessen werden alle Beliefs mit zumindest rudimentärem Bezug zur Bedarfssteuerung, die ein Individuum äußert, erfasst und unter Angabe des Zeitpunkts der Aussage notiert. Um den Geboten der Intersubjektivität und der Systematik zu entsprechen, wird für die Belief-Erfassung ein Set von Regeln zur Datenerfassung erstellt (Jenkins-Smith und Sabatier 1993a, S. 242–256). Auch muss angesichts der geographischen, strukturellen und chronologischen Ausdehnung des Subsystems für manche Beliefs mit zahlreichen Varianten gerechnet werden, so dass Regeln zur Zusammenfassung stark ähnlicher Beliefs unerlässlich werden. So wird beispielsweise nicht jede Postulierung eines Mangels an Ärzten in einer bestimmten Stadt oder einem bestimmten Dorf einzeln notiert, sondern kann generalisiert als „es gibt an bestimmten Orten zu wenige Ärzte“ erfasst werden. Diese Regel wird auch angewandt, um die Ergebnisse für einzelne Akteure nicht zu verzerren (vgl. Regel-Set, S. 423-424). Dies wäre etwa der Fall, wenn ein Akteur einen Belief in mehreren, unterschiedlichen Versionen formulierte. Im Extremfall würde er mehrere Beliefs nur jeweils einmal äußern. Dadurch würden Aussagen über die Bedeutung einzelner Themenstellungen im

Subsystem verfälscht. Es wird zudem erwartet, dass Akteure in ihren Statements offenlassen, wie rigide eine Maßnahme durchgeführt werden soll. Im Zweifelsfall wird zunächst der Belief in der gemäßigten Version aufgenommen. Etwa in der Form „Maßnahme X sollte freiwillig sein“ anstatt „Maßnahme X sollte zwangsweise durchgeführt werden“. Nach Jenkins-Smith und Sabatier ist im Verlauf der Datenerhebung mit neuen Beliefs und dem Zwang zur Überarbeitung der Belief-Codierungen zu rechnen (1993a, S. 243). Daher wird die Liste der codierten Beliefs einerseits iterativ erweitert. Neben den bisher schon genannten Vorteilen, bietet eine Belief-Erfassung aus schriftlichen Dokumenten nach Jenkins-Smith und Sabatier im Gegensatz zu anderen Erhebungsformen dabei die Möglichkeit, Quellen auf diese neuen Aspekte überprüfen zu können. Andererseits werden auch die bereits codierten Aussagen der Beispiel-Akteure zum Abschluss der Datengewinnung nochmals in Form eines Reliabilitätstests kontrolliert. Mit seiner Hilfe soll das Ausmaß an Übereinstimmung in der Codierung von Quellen zwischen dem Autor dieser Arbeit und zwei Zweit-Codierern ermittelt werden. Anders als beim Vorbild von Jenkins-Smith und Sabatier besteht allerdings eine asynchrone Wissensverteilung zwischen dem Autor und den Zweit-Codierern: Da es sich um eine Einzel-Dissertation handelt, kann nur der Autor die codierten Beliefs entwickeln, mit denen die Aussagen aus den Quellen erfasst werden. Aus demselben Grund können sich die Zweit-Codierer vor dem Reliabilitätstest nicht in der gleichen Tiefe mit der Thematik beschäftigen, sondern müssen sich *ad hoc* einarbeiten. Daher muss der Inter-Codierer-Reliabilitätstest von Jenkins-Smith und Sabatier auf die Anforderungen dieser Arbeit angepasst werden. Anstatt eine eigenständig erstellte Zweit-Codierung mit derjenigen des Autors zu vergleichen, wird den Zweit-Codierern stichprobenartig eine Reihe von Einträgen in der Datenbank mitsamt den dazugehörigen Quellen zur Verfügung gestellt. Unabhängig und ohne Wissen voneinander überprüfen die Zweit-Codierer, in welchem Ausmaß für sie eine Übereinstimmung zwischen den in der Datenbank codierten Beliefs und den Aussagen in den Quellen besteht. Das allgemeine Ziel ist, zu prüfen, ob auch andere Personen als der Autor zu einer grundsätzlich ähnlichen Bewertung der Aussagen der Beispiel-Akteure kommen und damit letztendlich ein ähnliches Bild des Subsystems zeichnen. Wenn sich bei einem Belief systematische Diskrepanzen zwischen der Codierung des Autors und denen der Zweit-Codierer ergeben, wird seine Formulierung nach Diskussion zwischen allen drei Bearbeitern durch den Autor überarbeitet und die Datenbank entsprechend angepasst.

4.2.2 Quellen der Datengewinnung

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, sollte zumindest ein größerer Anteil der Daten für die Belief-Erfassung aus Fachpublikationen gewonnen werden, da diese weniger anfällig für eine verzerrte Darstellung von Beliefs sind. Zudem werden in derartigen Medien eher Aussagen von Wissenschaftlern erwartet, welche ja im ACF eine wichtige Rolle spielen. Wenn ein solcher Schwerpunkt vorhanden ist, können auch allgemeiner gehaltene Quellen einbezogen werden, da Abweichungen in den Beliefs dann hinsichtlich dieses Kriteriums untersucht werden können. Solche Quellen mit einem weiter gefassten Empfängerkreis sind aber so auszuwählen, dass der Schwerpunkt ihrer Informationen auf der Berichterstattung über die Bedarfssteuerung auf Bundesebene liegt. Das schließt beispielsweise rein regionale Tageszeitungen aus. Sie sollten zudem möglichst den gesamten Untersuchungszeitraum abdecken und in ihrer Gesamtheit nicht einseitig mit einer Koalition verbunden sein. Gegensätze werden beispielsweise zwischen den Vertretern der Ärzte und Krankenkassen angenommen, so dass es sinnvoll erscheint, für diese beiden Seiten mindestens je eine ihnen zuneigende Quelle heranzuziehen. Alle Quellen sollten möglichst auch im Internet verfügbar sein. Das erleichtert nicht nur den Arbeitsaufwand, sondern ermöglicht auch die Erfassung kurzer Statements, die mangels Umfang nicht in Form eines analogen Dokuments verschriftlicht werden würden. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien, werden folgende Quellen ausgewertet:

- Die Tageszeitung Süddeutsche Zeitung bzw. die Website „sueddeutsche.de“
- Die Wochenzeitung DIE ZEIT bzw. die Website „zeit.de“
- Das Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL bzw. die Website „spiegel.de“
- Das Fachmagazin Deutsches Ärzteblatt bzw. die Website „aerzteblatt.de“
- Das Fachmagazin „ÄrzteZeitung“ bzw. die Website „aerztezeitung.de“
- Das Fachmagazin „Die Ortskrankenkasse“ bzw. ihr Nachfolge-Medium „G+G“
- Das Fachmagazin „Die Betriebskrankenkasse“
- Das Fachmagazin „Das Parlament“ bzw. die Website „das-parlament.de“
- Akten des Deutschen Bundestags
- Akten des Deutschen Bundesrat
- Allgemeine, im Internet verfügbare Dokumente

- Artikel der Datenbanken JSTOR und Wiley

Innerhalb dieser Quellen wird ausschließlich nach Aussagen zur Bedarfssteuerung in Deutschland gesucht. Internationale Vergleiche über die ambulante Bedarfssteuerung werden dagegen ausgelassen, da sie nicht zum Subsystem gehören. Als Suchmaschinen im Internet kommen die Google-Suche sowie Google Scholar zum Einsatz.

4.2.3 Datenaufbereitung

Um die in der Belief-Erfassung erarbeiteten Daten aufbereiten und bildlich darstellen zu können, ist die Verwendung unterstützender Software unverzichtbar. Alle gewonnenen Daten werden zunächst in einem Microsoft Excel-Dokument abgespeichert, welches über folgende Kategorien verfügt:

- Ein Verzeichnis aller individuellen Akteure
- Ein Verzeichnis aller Beliefs inklusive ihrer Belief-Ebene und einer Laufnummer für jeden Belief
- Titel und Veröffentlichungsdatum aller Quellen sowie die darin erfassten Statements.
- Eine Laufnummer für jede Aussage
- Bei Internet-Dokumenten der entsprechende Link, bei Zeitschriften Jahrgang, Nummer und Erscheinungsjahr

Der Aufbau orientiert sich an der von Alemann und Tönnemann (1995, S. 134) vorgeschlagenen Form einer Datenmatrix, bei der jede Quelle als Untersuchungseinheit inklusive der sich darin äussernden Akteure in eine Zeile geschrieben wird. Die Beliefs, welche die Grundlage der Variablen darstellen, werden in die Spalten geschrieben. Auch die Erfassung des Widerspruchs, den ein Akteur zu den Beliefs seiner Interaktionspartner äußert, ist wichtig, um ein detailliertes Bild über sein Belief-System zu gewinnen. Damit Verneinungen unterschiedlicher Beliefs nicht vermischt werden, wird eine solche Aussage negativ umgekehrt notiert. Beispielsweise als „Indikator X ist nicht geeignet um das Ausmaß eines Problems zu messen“. Folgendes Beispiel soll das verdeutlichen:

Abbildung 8: Schematisches Beispiel für die Datenmatrix

| | Zeitpunkt | Belief 1 | Gegen-Belief 2 |
|----------|-----------|------------------------|------------------------|
| Akteur 1 | t-0 | Vertritt diesen Belief | |
| Akteur 2 | t-1 | | Vertritt diesen Belief |
| Akteur 3 | t-2 | Vertritt diesen Belief | |

Quelle: Eigene Darstellung

Aus diesem Stammdokument werden Teile des Datensatzes zur Verbildlichung der Forschungsergebnisse in Kapitel 5 herangezogen. Um die Darstellung zu erleichtern, wird in der Datenbank für jeden Akteur der institutionelle Hintergrund in Form eines Kennzeichens hinzugefügt. Diese Kennzeichen werden aggregiert als *Fraktionen* bezeichnet und es werden möglichst viele Institutionen in einer Fraktion zusammengefasst. Die Einteilung in Fraktionen ist nicht mit theoretischen Annahmen hinsichtlich der Koalitions-Bildung verbunden. Schon gar nicht wird davon ausgegangen, dass das Verhalten des Akteurs durch seine Organisation determiniert wird. Sie sind auch nicht als Meinung der Organisation zu verstehen, denn die Zugehörigkeit eines Akteurs zu einer Institution kann wechseln und sie können auch mehr als einer Organisation und Fraktion zugehörig sein. Stattdessen soll so dargestellt werden, welche Beliefs Akteure mit einem ähnlichen professionellen Hintergrund vertreten. Damit lässt sich das Denken einer Vielzahl von Akteuren übersichtlich beschreiben. Auch wenn ein Akteur mehreren Institutionen angehört, wird er nur einer Fraktion zugewiesen. Dabei wird aus der Summe seiner Statements abgewogen, welche Fraktion am geeignetsten ist. Nur bei den Beispiel-Akteuren wird für jedes Statement überprüft, im Namen welcher Institution er sich äußerte und das entsprechende Fraktions-Kennzeichen zugewiesen.

4.3 Konstruktion des Forschungsdesigns

Um die Primärfragen aus Abschnitt 1 beantworten zu können, wird das Forschungsdesign Y-zentriert angelegt (Ganghof 2005). Das bedeutet, dass in der Feldstudie danach gefragt wird, welche Auswirkungen die unabhängigen Ego-, Alter-, und Objekt-zentrierten Variablen auf die abhängigen Variablen Y1 „grundlegendes Policy-Lernen“ beziehungsweise Y2 „kein grundlegendes Policy-Lernen“ haben. Da eine große Datenmenge benötigt wird, um die unabhängigen Variablen überprüfbar zu machen und geeignete Akteure identifizieren zu können, wird die Arbeit in Form einer Einzelfallstudie angelegt. Dazu müssen einerseits die Grenzen des Subsystems sowie der Untersuchungszeitraum definiert werden. Andererseits

muss geklärt werden, wie Beliefs im Allgemeinen, die unabhängigen Variablen sowie Policy-Lernen zu erfassen sind. Alle Aspekte des ACF, welche nicht für die Untersuchung der Forschungshypothesen relevant sind, werden dagegen nicht untersucht. Dazu gehören etwa die Koalitionsbildung sowie die Interaktion in der Koalition. Dadurch können auch die Gründe für die politischen Entscheidungen im Untersuchungszeitraum nicht geklärt werden.

4.3.1 Untersuchungsgegenstand

Wie viele Ärzte sollten im deutschen Gesundheitswesen ambulant tätig sein und wie sollten sie in Bezug auf ihre fachliche Spezialisierung und den Ort ihrer Niederlassung verteilt werden? Diese Frage ist in den letzten Jahrzehnten unterschiedlich und mit verschiedenen Schwerpunkten beantwortet worden. So schrieb Berthold Rodewald, Präsident der Ärztekammer von Schleswig-Holstein im April 1949:

„Im westeuropäischen Kulturkreise hat sich ein Erfahrungssatz herausgebildet, daß die Bevölkerung ärztlich gut versorgt ist und daß die Ärzte in ihrer Arbeit ausgelastet sind, wenn auf je 1000 Einwohner ein Arzt entfällt. [...] Wir denken daran, daß bei krankhafter Überbesetzung des Berufes notwendigerweise eine mangelhafte Beschäftigungsdichte eintreten muß.“ (1949, S. 76–77)

Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (KVWG) von 1976 sollte dagegen der Bekämpfung von Unterversorgung dienen. Dazu sollten unter anderem Zulassungssperren ausreichend versorgter Gebiete eingeführt werden, die im Bedarfsfall für eine gewisse Zeit die Niederlassung nur in bisher unterversorgten Gebieten ermöglicht hätten (BT-Drucks. 7/3336). Hinter dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 (BT-Drucks. 11/2237) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 (BT-Drucks. 12/3608) stand wiederum die Absicht, den Zuwachs im ambulanten Sektor mittels Zulassungssperren zu bremsen und besser zu verteilen. 2011 wurde schließlich das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) erlassen, dessen Befürworter wieder von drohenden und bestehenden Mängeln in der ärztlichen Versorgung ausgingen. Dazu Gesundheitsminister Bahr in der ersten Beratung im September 2011:

„Früher wurde über die Ärzteschwemme diskutiert. Heute stellen wir fest, dass mittlerweile gerade in der Fläche – im Münsterland an der niederländischen

Grenze, in der Oberpfalz an der tschechischen Grenze, in der Uckermark, in Schleswig-Holstein und in vielen anderen Regionen in Deutschland – offene Stellen in Krankenhäusern zu beklagen sind und Haus- und Fachärzte keine Nachfolger finden. Es bringt nichts, darüber zu streiten oder den drohenden Ärztemangel zu leugnen.“ (Deutscher Bundestag 2011a, S. 15060)

Die Inhalte des Zitats sowie des GKV-VStG sind insofern bemerkenswert, als dass die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten zwischen 2006 und 2010 von 148.328 auf 155.780 zunahm (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011, S. 10). Es scheint also im Zeitverlauf zu unterschiedlichen Bewertungen gekommen zu sein, was Über- und Unterversorgung im ärztlichen Angebot im ambulanten Sektor ausmacht. Man kann daher annehmen, dass es im Rahmen dieses Wandelprozesses auch zu grundlegendem Policy-Lernen individueller Akteure gekommen sein könnte. Das macht Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor zu einem geeigneten Untersuchungsgegenstand.

4.3.2 Untersuchungszeitraum und Subsystem

In diesem Abschnitt werden der Untersuchungszeitraum sowie die geographischen und strukturellen Grenzen des Subsystems bestimmt. Ersterer sollte einerseits dem Gebot einer mindestens 10-jährigen Forschungsperspektive entsprechen, andererseits so gewählt werden, dass er wichtige politische Entscheidungen abdeckt. Angesichts der Definition der Policy Core Beliefs als Subsystem-weit ergeben sich in diesem Schritt auch die verschiedenen Ebenen der Belief-Systeme.

Untersuchungszeitraum

Zu Bestimmung des Untersuchungszeitraums wurden Schlüsselgesetze herangezogen. Nach der Untersuchung der Gesetzestexte mit Bezug zur bundesweiten Bedarfssteuerung zeigte sich, dass besonders durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (Deutscher Bundestag 1992c; BT-Drucks. 12/3930) und das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 2011 (Deutscher Bundestag 2011b; BT-Drucks. 17/8005) sowie der auf ihm aufbauenden Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012a) erfolgten. Um zu prüfen, ob es in den Jahren bis zum Beschluss des

GSG zu grundlegendem Policy-Lernen gekommen ist, werden auch diese untersucht. Bei Verwendung der im ACF empfohlenen 10-Jahres-Perspektive (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 192) ergibt sich so ein Untersuchungszeitraum von 1982 bis 2012.

Abgrenzung des Subsystems

Die Definition eines Subsystems muss gemäß der ACF-Forschung Informationen über sein Territorium, den Inhalt, die Verteilung der Autorität, Akteure und Überlappungen mit anderen Subsystemen enthalten (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 189–190). Für die drei ersten Aspekte haben Sabatier und Weible die Faustregel ausgegeben, sich an den Dimensionen der Institutionen zu orientieren, welche die Interaktion strukturieren (2007, S. 193). In Ergänzung dazu wird auch die Reichweite der betreffenden Artikel des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Abgrenzung des Subsystems genutzt.

Territorium

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, könnte es in der Diskussion über die Verteilung von ambulanten Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zu grundlegendem Policy-Lernen gekommen sein. Daher orientiert sich die Abgrenzung des Subsystems an den Normen, die diese Verteilung regeln. Seine rechtliche Ausgestaltung erfolgt gemäß §§ 95, 96, 99, 100, 101, 104 und 105 SGB V im Rahmen der Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Sie beschreiben einen Teil der Beziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen, nämlich den Willen des Gesetzgebers zu einer Steuerung der Arztzahlen (Hänlein et al. 2012, S. 943 u. 958). Ambulante Bedarfssteuerung beruht damit auf der Kompetenz des Bundes zur Ausgestaltung der Sozialversicherung im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 72 GG in Verbindung mit Artikel 74 GG. Damit lassen sich auch die regelsetzenden Institutionen und wichtige Akteure erfassen: Erstens die Mitglieder von Bundesrat und Bundestag, insbesondere diejenigen mit dem Arbeits-Schwerpunkt Gesundheitspolitik im Zuge von Anpassungen des SGB V. Zweitens die Akteure im Gemeinsamen Bundesausschuss, welcher nach §§ 99 und 101 SGB V die Richtlinien für die Bedarfsplanung beschließt. Nach § 91 wird das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wiederum aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei unparteiischen Mitgliedern gebildet. Man kann

also Mitglieder dieser Institutionen oder solche der von ihnen vertretenen Organisationen im Subsystem erwarten. Da die auf der Bundesebene getroffenen Entscheidungen auch in der gesamten Bundesrepublik Deutschland zur Anwendung kommen, bildet diese die geographische Dimension des Subsystems. Da europäische beziehungsweise internationale Aspekte keinen wesentlichen Einfluss auf die Institutionen haben, welche die Interaktion strukturieren, werden sie nicht als Teil des Subsystems gewertet.

Inhalt des Subsystems

Wie in Abschnitt 5.1 im Detail aufgezeigt werden wird, handelt es sich bei der Bedarfssteuerung um eine Schnittstelle zwischen der ambulanten Versorgung, der Ausgestaltung des Arztberufs, dem gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung, dem organisatorischen und technischen Stand der Medizin und der finanziellen Lage des Gesundheitssystems. Über das Ausmaß an Konkurrenz und Kooperation ergeben sich zudem Berührungspunkte zu den Krankenhäusern. Dabei wurden einzelne Maßnahmen im Rahmen dieser Grundsätze und im Zeitverlauf eingeführt, abgeschafft oder überarbeitet und die Reichsversicherungsordnung wurde durch die Sozialgesetzbücher ersetzt. Themen mit nur einem entfernten Bezug werden dagegen nicht behandelt: Im *stationären Sektor* sind es mit den Ländern – trotz der eben erwähnten Berührungspunkte – vollkommen andere Akteure, die den Bedarf und die Investitionsförderung von Krankenhäusern auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (insb. §6 KHG) bestimmen. Bei der *ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung* (§116b SGB V) handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme, welche für einen kleinen Kreis seltener Erkrankungen sowohl von niedergelassenen Vertragsärzten als auch medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern erbracht werden können. Da dieses Teilgebiet ambulante Bedarfssteuerung nur hinsichtlich des abstrakten Ziels einer Sektor-übergreifenden Bedarfsplanung berührt, wird es ebenfalls nicht mehr dem Subsystem zugerechnet. Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Aussagen mit Bezug auf Zahnärzte sowie die *zahnärztliche Bedarfsplanung*. Diese wurde 2007 mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) durch Modifikationen der §§ 100 und 101 SGB V abgeschafft. Zuletzt wird auch die Debatte um die *Wartezeiten* auf einen Arzttermin für gesetzlich Versicherte weitgehend ausgeklammert. In der Vorrecherche zeigte sich, dass dieses Thema nur in einem kurzen Abschnitt des Untersuchungszeitraums relevant war. Vor allem aber war es nicht durchgehend mit Unterversorgung verknüpft. Daher ließe sich nicht

durchgehend bestimmen, ob entsprechende Statements kausal mit Ärztemangel als externem Faktor verbunden waren oder mit Ärzteschaft-internen, wie einer Reduktion der Arbeitszeiten oder der Fokussierung auf Privatpatienten.

Verteilung von Autorität

Der juristische Hintergrund gibt zudem die Verteilung der Autorität im Subsystem weitgehend vor. Den Rahmen bilden im Wesentlichen die Regelungen des fünften Sozialgesetzbuchs, Bundestag und Bundesrat stellen hierzu die wichtigsten Austragungsorte für die Rahmengesetzgebung dar. Die Autorität über die Bedarfsplanungs-Richtlinie und damit ein Ermessensspielraum bei der praktischen Ausgestaltung der Bedarfssteuerung liegt dagegen beim GBA, wenn auch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 91 SGB V die Aufsicht über ihn führt. Zuletzt besitzt das Bundesverfassungsgericht die Autorität, die gerade genannten Normen im Rahmen der ihm in § 13 BVerfGG übertragenen Zuständigkeiten zu überprüfen und gegebenenfalls für nichtig zu erklären. Dieser Austragungsort könnte insbesondere bei Verfassungsbeschwerden von Akteuren gewählt werden, die sich durch die oben genannten Normen in ihren Grundrechten verletzt sehen.

Erfassung von Akteuren

Wie Jenkins-Smith et al. betonen, umfassen Subsysteme nicht alle Akteure, die von den in ihnen beschlossenen politischen Programmen betroffen sind (2014, S. 190). Aber auch bei den Akteuren, die sich zu den Themen eines Subsystems äußern, muss zwischen Stimmen aus der öffentlichen Meinung und regulären Teilnehmern unterschieden werden. Zur Kategorisierung der Akteure im Subsystem wird die Methode Jenkins-Smiths und Sabatiers aufgegriffen, die für das Subsystem relevanten Akteure anhand ihrer Aktivitäten zu bestimmen (1993a, S. 241). In Anlehnung an Leifeld (2013, S. 176) werde daher im Rahmen dieser Arbeit nur Akteure dem Subsystem zugerechnet, von denen als Schwellenwert mindestens zwei unterschiedliche Statements vorliegen. Dieser Wert wird deswegen so niedrig angesetzt, da man annehmen muss, dass manche Akteure, wie beispielsweise Beamte, selten öffentlich auftreten, aber dennoch ein Subsystem entscheidend prägen können. Deren Aussagen würden bei einer höher angesetzten Grenze nicht berücksichtigt, so dass eine Unterbelichtung ihrer Rolle drohte. Die Aussagen aller Akteure, welche keine regulären Subsystem-Mitglieder sind, werden als öffentliche Meinung zusammengefasst. Wie bereits erwähnt, wird Bildung, Ausmaß oder Zerfall

der Koalitionen in dieser Arbeit nicht untersucht. Da aber die Messung von Variablen wie der *sozialen Kohäsion* oder dem *analytischen Zugang* von der Verteilung der Beliefs über das Subsystem abhängt, werden Akteure mit ähnlichen Belief-Systemen als *Diskurs-Kollektive* bezeichnet. Mit dieser Methode können sie in ihrer Gesamtheit beschrieben werden, ohne dass der Begriff Koalition mit seiner Implikation von Kooperation verwendet werden muss. Die Zuordnung der Akteure zu den Diskurs-Kollektiven erfolgt in mehreren Stufen: Zunächst wird überprüft, welche Beliefs sich im Gegensatz zueinander befinden. Um nicht für jeden Beispiel-Akteur jeden einzelnen Belief besprechen zu müssen, werden thematisch ähnliche Beliefs als *Theorien* und *Methoden* für alle Phasen des Untersuchungszeitraums in den entsprechenden Kapiteln zusammengefasst. Dieses Konzept wird bei seiner erstmaligen Verwendung in Abschnitt 5.3.2 im Detail vorgestellt. Theorien und Methoden, die nicht eindeutig einen Gegensatz mit anderen Beliefs bilden, werden als „neutral“ betrachtet und nicht bei der Einteilung der Kollektive berücksichtigt. Danach wird geprüft, welche Akteure diese gegensätzlichen Theorien und Methoden vertreten und so den Diskurs-Kollektive zugeordnet werden können. Es werden nicht alle individuellen Akteure untersucht, sondern die Einteilung erfolgt anhand der Fraktionen. In Hinblick auf die Studie von Larsen, Vrangbæk und Traulsen wird angenommen, dass es auch Akteure beziehungsweise Fraktionen geben kann, die Beliefs aus beiden Belief-Mengen äußern. Um einem der Kollektive als Haupt-Mitglied anzugehören, darf das Belief-Volumen der entgegengesetzten Theorien und Methoden einer Fraktion nicht mehr als ein Drittel des gesamten Belief-Volumens betragen. Ansonsten wird sie als Hilf-Mitglied betrachtet, welches nicht eindeutig einem Kollektiv zugeordnet werden kann. Insbesondere um die Ausgestaltung der *sozialen Kohäsion* untersuchen zu können, muss geklärt werden, wie Akteure identifiziert werden, die von den Akteuren als einflussreich im Sinne Weibles (2005) für die eigene Position gesehen werden. Problematisch dabei ist, dass keine systematische Befragung der Akteure zu diesem Thema möglich ist. Dies liegt darin begründet, dass angesichts der Länge des Untersuchungszeitraums damit gerechnet werden muss, dass zahlreiche Akteure mittlerweile verstorben oder in den Ruhestand getreten sind. Um dennoch die Wirkung von *sozialer Kohäsion* untersuchen zu können, wird der wahrgenommene Einfluss eines Akteurs in den Augen der Subsystem-Mitglieder rekonstruiert. Dazu wird erstens geprüft, welche Akteure aus der Gesamtheit der Subsystem-Mitglieder die formalrechtliche Kompetenz zum Erlass von Normen besaßen. Die sich so ergebenden Akteure müssen zweitens im Subsystem besonders engagiert sein, um überhaupt die Aufmerksamkeit

der Mitglieder erwecken zu können. Diese Bedingung erscheint bei dem Vorhandensein von mehr als fünf Statements erfüllt. Drittens müssen die entsprechenden Akteure an den wichtigsten Fragestellungen des Subsystems interessiert sein und dürfen sich nicht nur mit Einzelaspekten begnügen. Daher müssen sie mindestens einen Policy Core Belief vertreten.

Verbindung mit anderen Subsystemen

Nach Zafonte und Sabatier können Subsysteme sowohl in ihren Funktionen als auch in ihrem Territorium ineinander verschachtelt sein oder einander überlappen (1998, S. 474). Der Blick auf diese Verbindungen ist deswegen so wichtig, da Ereignisse in benachbarten Subsystemen zu den externen Einflussfaktoren auf das zu untersuchende Subsystem gehören (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 194). Für die Bedarfssteuerung auf der Bundesebene wird vor allem eine enge Verbindung zu den Subsystemen der Bedarfssteuerung auf der Länderebene erwartet. Während erstere die Rahmenbedingungen definiert, wird auf letzterer beispielsweise der tatsächliche Bedarfsplan des jeweiligen Landes aufgestellt (vgl. § 99 SGB V) oder die Zulassungen der einzelnen Ärzte vorgenommen (vgl. §§ 95-98 SGB V). Es wird vermutet, dass die Landesausschüsse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen (vgl. § 90 SGB V) sowie die Ausschüsse für die Zulassung als Vertragsarzt (vgl. § 96 SGB V) zu den Austragungsorten der Interaktion in diesen Subsystemen gehören. Denkbar ist in diesem Rahmen etwa eine Doppelrolle von Akteuren auf der Landes- wie auf der Bundesebene. Dagegen muss sich zeigen, ob auch stärkere Impulse von der Kreis- oder gar Gemeindeebene auf die Bundesebene ausgingen. Diese werden nur dort untersucht, wo sie aggregiert auf der Bundesebene sichtbar sind. Auch ein größerer Impuls von der europäischen Ebene wird nicht erwartet. Neben der Bedarfssteuerung im engen Sinn muss auch geprüft werden, welche allgemeinen Charakteristiken des medizinischen Betriebs in das Subsystem Bedarfssteuerung auf der Bundesebene wirkten. An dieser Stelle muss nochmals auf das Kriterium von mindestens zwei Statements für die Mitgliedschaft im Subsystem verwiesen werden. Wichtige Handlungen von Akteuren, die nicht in diese Kategorie fallen, werden als externes Ereignis eingeordnet.

4.3.3 Belief-Analyse und Policy-Lernen

Wie bereits erwähnt, erfolgt die Erfassung und Klassifizierung der im Subsystem vertretenen Beliefs in Form einer Belief-Analyse. Dabei handelt es sich um eine Methode, bei der zum einen quantitative Daten über die Menge der Beliefs insgesamt sowie ihre Verteilung auf die Belief-Ebenen und auf der Zeitachse erhoben werden. Diese werden mit qualitativen Daten über ihre Inhalte, ihre Kombinationen sowie die Akteure, welche sie vertreten, ergänzt. Auf diese Weise zeigt sich unter anderem, ob es auch Koalitions-übergreifende Beliefs gibt und welche Intentionen einzelne oder mehrere Akteure verfolgen. „*What goes with what*“, wie Converse es formuliert (1964, S. 212), sowie Sabatiers und Jenkins-Smiths systematische Datenerhebung (Jenkins-Smith und Sabatier 1993a) sind die Vorbilder, auf denen die Belief-Analyse beruht. Da Akteure in der Öffentlichkeit strukturiert für ihre Beliefs argumentieren (Converse 1964, S. 211–212), können diese dort beobachtet und erfasst werden.

Untersuchung von Beliefs

Grundsätzlich sind für diese Untersuchung nur jene Beliefs interessant, welche wenigstens zwischen zwei Akteuren geteilt und zwei Mal erwähnt werden. Andernfalls lassen sich aus ihnen keine Aussagen über ihre Wirkung auf die *soziale Kohäsion* gewinnen. Auch erscheint eine einmalige Erwähnung nicht ausreichend um Lernprozesse valide dokumentieren zu können. Allerdings muss verhindert werden, dass in Zusammenspiel mit der Regel, dass nur Akteure mit mehr als einem Statement Subsystem-Mitglieder sein können (vgl. Abschnitt 4.3.2), die Zahl der Beliefs und Akteure künstlich reduziert wird: Wenn man mehrmals Einzel-Beliefs und Akteure, die das Akteurs-Kriterium nicht erfüllen, aussortiert, entstehen abwechselnd neue Einzelmeinungen und unpassende Akteure. Dadurch gehen irgendwann Akteure verloren, die zu Beginn beide Kriterien erfüllt haben. Daher werden als erstes und nur einmal die Akteure gemäß den Vorgaben aus Abschnitt 4.3.2 aussortiert, anschließend die Beliefs, die an diesem Punkt nur einmal in der Datenbank auftauchen.

Zur Abgrenzung der unterschiedlichen Belief-Ebenen wird auf die Typologie von Sabatier und Jenkins-Smith zurückgegriffen, in der typische Secondary Aspects, Policy Core und Deep Core Beliefs beschrieben werden (1999, S. 132–134). Daraus geht hervor, dass Policy Core Beliefs anhand folgender Fragen identifiziert werden können:

- Welche grundsätzlichen Werte sollten im Subsystem verwirklicht werden?

- Wessen Wohlergehen sollte am stärksten berücksichtigt werden?
- Wie gravierend sind die Hauptprobleme im Subsystem?
- Was sind die wesentlichen Gründe für die Hauptprobleme?
- Wie sollten Befugnisse zwischen Regierung und Markt verteilt werden?
- Wie sollten Befugnisse zwischen den Regierungsebenen verteilt werden?
- Welche Priorität sollten die wichtigsten Policy-Instrumente haben?
- Wie sehr ist die Gesellschaft in der Lage, die Hauptprobleme zu lösen?
- In welchem Verhältnis sollten Öffentlichkeit, Experten und gewählte Funktionäre stehen?
- Welche Policy Core Policy Preferences sollten verwirklicht werden?

Zudem gilt nach Sabatier und Weible, dass Policy Core Beliefs das gesamte Subsystem umfassen (2007, S. 194–195). Da sich ein Subsystem aus der Menge seiner Mitglieder konstituiert (Sabatier und Weible 2007, S. 192), muss ein Subsystem-weiter Belief auch von besonders viele Akteuren geäußert werden. Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs heben sich von Policy Core Beliefs dahingehend ab, dass sie Themen beinhalten, die mindestens ein weiteres Subsystem wesentlich betreffen. Untereinander unterscheiden sich diese beiden Belief-Kategorien darin, dass erstere potentiell alle Subsysteme betreffen können, während für letztere keine logische Verbindung zu mindestens einem anderen denkbaren Subsystem gezogen werden kann. Für Secondary Aspects gilt, dass sie entweder nicht das gesamte geographische oder strukturelle Ausmaß des Subsystems umfassen, oder nur einen geringen Anteil am Diskurs im Subsystem haben. Folgender Mechanismus wird daher angewandt um den Status eines Policy Core Beliefs zu vergeben: Der Belief, der die geographischen und strukturellen Anforderungen erfüllt und die meisten Nennungen im Subsystem besitzt, wird als erster Policy Core Belief und Referenzwert bestimmt. Alle weiteren Beliefs müssen neben den Anforderungen zum geographischen und strukturellen Ausmaß noch mindestens 20 Prozent des Volumens des Referenzwerts haben, um noch als Policy Core Beliefs gelten zu können. Hinzu kommt, dass Beliefs an Bedeutung gewinnen und verlieren können, so dass diese Frage nach dem Status eines Policy Core Beliefs nur im zeitlichen Kontext beantwortet werden kann. Es ist also notwendig, den Untersuchungszeitraum in geeignete Abschnitte zu unterteilen, die

einen solchen Kontext bieten. Durch die Verteilung der Akteure auf die Policy Core Beliefs werden dann die Kollektive abgegrenzt. Dazu müssen Kriterien gefunden werden, die es erlauben, Muster in der Verteilung der Akteure auf diese Policy Core Beliefs zu finden und so nicht jeden einzelnen Akteur beschreiben zu müssen. Aus den Erkenntnissen von Larsen, Vrangbæk und Traulsen geht hervor, dass Beliefs aber auch von Akteuren aller Kollektive geteilt werden können (2006). Dies muss entsprechend gekennzeichnet werden um das Ausmaß von Kooperation und Konflikt abgrenzen zu können. Bei der Untersuchung der Beliefs im Allgemeinen wird zudem die Verbindung zwischen Policy Core Beliefs und den Beliefs der supra-Subsystem-Ebene überprüft. Dabei müssen möglichst viele Quellen gefunden werden, in denen ein Policy Core Belief aus einem höherrangigen Belief abgeleitet wird. Wenn genügend dieser Argumentationsmuster existieren, können auch Beliefs in die Intentionen eingeordnet werden, bei denen keine direkte Argumentation in der untersuchten Quelle existiert. Dies ist die methodische Dimension des Konzepts der Intentionen. Um die Forschungshypothese 1 überprüfen zu können, muss erkennbar sein, von welchen Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs ein Policy Core Belief abhängt. Als ihr Gegensatz gilt:

Nullhypothese 1: *Jeder Policy Core Belief wird nur aus einem einzigen übergeordneten Belief oder Deep Core Belief abgeleitet.*

Operationalisierung von Policy-Lernen

Wie bereits in Abschnitt 2.5.2 erwähnt, werden die Indikatoren von Policy-Lernen vom Forschungsziel abhängig gemacht (Heikkila und Gerlak 2013, S. 502). Gemäß der Definition aus dem ersten Abschnitt dieses Kapitels sind das die Bestimmung des Ausmaßes und die Gründe für individuelles Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs. Dabei stellen sich zwei Probleme. Wie Radaelli anmerkt, hängt erstens die Wahrscheinlichkeit, Lernprozesse zu erfassen, von der Länge des Untersuchungszeitraums ab. Ab einer gewissen Zeitdauer ist es daher nahezu unmöglich, keine derartigen Vorgänge zu finden (Radaelli 2009, S. 1147). Dazu muss man ergänzen, dass diese Wahrscheinlichkeit auch durch die Breite dessen, was als Lernprozess anerkannt wird, beeinflusst wird. Durch den langen Untersuchungszeitraum und die Inklusion von Belief-Diffusion und Belief-Löschung in den Lernbegriff ist es daher zweitens erforderlich, bei deren Operationalisierung Regeln zu formulieren, welche verhindern, dass grundlegendes Policy-Lernen mit den in Abschnitt 3.2.2 erwähnten taktischen oder affektiven Veränderungen verwechselt wird. Dieses Ziel wird bereits bei der Gewinnung der Daten verfolgt (vgl. Abschnitt

4.2.1). Zusätzlich wird für die untersuchten Beispielakteure eine Frist von mindestens zehn Aussagen eingeführt, ehe der Akteur auf Policy-Lernen untersucht wird. Vor dem Überschreiten des Grenzwerts werden Veränderungen im Belief-System als statistische Zufälle betrachtet, die auch der Ausrichtung seiner Aussagen an sein Publikum oder die Art der Quelle geschuldet sein können. Mit dieser Maßnahme soll ausgeschlossen werden, dass Veränderungen, die sich aus den ersten Aussagen eines Akteurs ergeben, jedes Mal als Belief-Diffusion gewertet werden. Bei der Untersuchung der Beliefs gilt für Lernen und Nicht-Lernen eines individuellen Akteurs:

Belief-Diffusion liegt vor, wenn ein Akteur einen neuen Policy Core Belief öffentlich äußert. Das muss nicht bedeuten, dass der Akteur seine Haltung auch kurz vor der öffentlichen Formulierung entwickelt hat. Angesichts des technischen oder wissenschaftlichen Charakters vieler Informationen kann deren Erforschung einige Zeit in Anspruch nehmen. Andererseits können Akteure Informationen auch taktisch passend nutzen und sie erst im für sie passenden Augenblick lancieren. Den Unterschied macht die Dauerhaftigkeit der Verhaltensänderung aus. Auf der Theorie-Ebene findet er in der Lerndefinition des ACF seinen Ausdruck. Auf der methodischen Ebene wird ein neuer Policy Core Belief erst bei mindestens dreimaliger Erwähnung als ein Fall von grundlegender Belief-Diffusion gewertet.

Im Falle der *Belief-Löschung* stellt sich die Frage, ob ein Akteur einen Policy Core Belief tatsächlich aufgegeben hat, oder ihn durch Zufall oder aus taktischen Gründen nicht mehr erwähnt. Um dies unterscheiden zu können, wird zunächst festgestellt, wann ein Akteur den betreffenden Belief zuletzt geäußert hat. Wenn er ihn danach mindestens zwei Jahre nicht mehr erwähnt hat, aber zumindest in dieser Zeit im Subsystem aktiv geblieben ist, wird er als gelöscht betrachtet. Ob der Akteur in Gedanken noch an dem Policy Core Belief festhält, spielt keine Rolle, da seine veröffentlichten Aussagen und deren Wirkung beobachtet werden sollen.

Von grundlegender *Belief-Veränderung* wird gesprochen, wenn sich ein Belief an mehreren unterschiedlichen Messpunkten im Zeitverlauf auf den gleichen Inhalt bezieht, dieser aber substantiell unterschiedlich bewertet wird. Das bedeutet, es müssen die betreffenden Beliefs im gesamten Untersuchungszeitraum aufgenommen und auf Konsistenz überprüft werden. Da es sich bei der Beobachtung aber auch um einen Messfehler oder bewusst abweichende Formulierungen des Akteurs angesichts unterschiedlicher Adressaten handeln kann, wird erst dann von grundlegender Belief-Veränderung gesprochen, wenn der Belief mindestens zwei Mal

in beiden Varianten geäußert wurde. Wichtig ist auch der Zeitraum zwischen der letzten Äußerung des Beliefs alter Prägung und der ersten in der neuen Formulierung. Wenn ein Akteur einen Belief beispielsweise zehn Jahre nicht mehr verwendet hat, ehe er eine neue Bewertung für den betreffenden Inhalt findet, ließe sich das nur schwer als Veränderung beschreiben. Der Unterschied zwischen grundlegender Belief-Veränderung und Belief-Löschung besteht also darin, dass erstere nur dort wirkt, wo der Zeitraum zwischen dem alten und dem neuen Belief nicht mehr als zwei Jahre beträgt. Andernfalls wird von Belief-Löschung gesprochen.

Es wird erwartet, dass Akteure Beliefs in unterschiedlichen Nuancen formulieren, abhängig vom Publikum und Anlass einer Veranstaltung. Nicht jede neue Formulierung muss deshalb auch Ergebnis von Lernen sein. Daher wird von Belief-Diffusion oder -Veränderung nur dann gesprochen, wenn der neue Policy Core Belief sich wesentlich von den bestehenden unterscheidet. Da Häufigkeiten von Beliefs nicht im Zentrum des Erkenntnisinteresses stehen, sind Doppelungen von Beliefs bei mehreren Quellen grundsätzlich kein Problem. Allerdings würde man nach dem bisher Gesagten auch dann von Belief-Diffusion sprechen, wenn ein Akteur in zwei Quellen einen Belief nach taktischen Gesichtspunkten äußern würde. Um diese Gefahr zu reduzieren, wird nur dann von grundlegender Belief-Veränderung oder -Diffusion gesprochen, wenn die mindestens notwendigen drei Nennungen eines Beliefs insgesamt mehr als zehn Tage auseinanderliegen. Auf diese Weise zeigt sich, ob kein Akteur, alle oder nur ein bestimmter Prozentsatz aus der Gesamtmenge Lernprozesse erfahren haben. Falls Belief-Veränderungen erfasst werden, müssen zudem deren Hintergründe untersucht werden. Dazu gehört selbstverständlich das Auftreten der Aspekte der Herausforderung sowie der Beharrungskräfte. Die gerade aufgestellten Regeln werden zudem ausschließlich für Policy Core Beliefs angewandt, da bei Secondary Aspects im ACF häufigere Veränderungen erwartet und akzeptiert werden. Bei Deep Core Beliefs wird davon ausgegangen, dass Verzerrungen durch Affekte oder taktisches Verhalten keine wesentliche Rolle spielen. Da Beliefs aus übergeordneten Subsystemen als gegeben angesehen werden, muss auch bei ihnen nicht nachvollzogen werden, ob sie aus einem Affekt, einer taktischen Handlung oder Lernen entstanden sind. Zuletzt muss geklärt werden, welche Mitglieder des Subsystems auf Lernprozesse untersucht werden können. Die Stärke der meisten Variablen kann nur anhand eines umfangreichen Datensatzes ermittelt werden. So wäre es beispielsweise anhand zweier Aussagen nicht möglich, das Ausmaß an *selektiver Wahrnehmung* eines Akteurs zu überprüfen.

Um dem entgegen zu wirken, werden die zehn Individuen mit den meisten Statements im gesamten Untersuchungszeitraum als Beispielakteure ausgewählt.

Operationalisierung von Nicht-Lernen

Nicht-Lernen lässt sich leicht darstellen: Es tritt auf, wenn ein Akteur die Ebene seiner Policy Core Beliefs nicht verändert. Dafür kommen dafür mehrere Gründe infrage: Erstens ist es möglich, dass er alternative Beliefs ignoriert, da er sie für irrelevant hält oder ihm nicht bewusst ist, dass sie überhaupt existiert. Beides wird erwartet, wenn nur wenige und insbesondere keine einflussreichen Akteure diese alternativen Beliefs vertreten und sie weder durch Ereignisse, noch durch Informationen bestärkt werden. Zweitens kann er die Alternativen auch ablehnen. Dies geschieht, in dem der Akteur eine gegenteilige Meinung ausdrückt. In diesem Fall wäre zwar das Maß an *selektiver Wahrnehmung* geringer, dafür kämen seine *Erfahrung im Umgang mit dem gegnerischen Belief* hinzu. In Bezug auf grundlegende Belief-Löschung wird angenommen, dass diese selbst bei einer starken Herausforderung nicht stattfindet, solange *soziale Kohäsion*, *Ereignisse* oder *Informationen* die bisherigen Policy Core Beliefs stützen. Dabei wird nochmals daran erinnert, dass bei Policy Core Beliefs Stabilität eher als die Regel betrachtet wird, Lernprozesse dagegen als Ausnahme.

Nullhypothesen für individuelles Policy-Lernen und Nicht-Lernen

In Prämisse 2 wurde angenommen, dass grundlegendes Policy-Lernen prinzipiell möglich ist. Daher kann das Konzept einer generellen Lern-Unfähigkeit nicht als Nullhypothese fungieren. Stattdessen wird der Mechanismus des VIM, welcher grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren erklären soll, hinterfragt. Problematisch dabei ist, dass die Beharrungskräfte und die Aspekte der Herausforderung nicht mathematisch quantifiziert werden können. Es ist nicht möglich, einen Wert zu bestimmen, ab dem ein Policy Core Belief sicher verändert werden wird. Die Hypothesen können also nur insofern überprüft werden, dass sie widerlegt sind, wenn grundlegendes Policy-Lernen und -Beharren stattfindet, obwohl die Variablen und die Intentionen für das jeweilige Gegenteil sprächen. Die Hypothesen können dabei auf zwei Arten falsifiziert werden.

Nullhypothese 2: *Es werden keine Policy Core Beliefs eines individuellen Akteurs verändert, hinzugefügt oder gelöscht obwohl die Variablen stark zugunsten von grundlegendem Policy-Lernen ausgeprägt sind und sich so die Intentionen besser umsetzen ließen.*

Nullhypothese 3: *Es werden Policy Core Beliefs eines individuellen Akteurs verändert, hinzugefügt oder gelöscht obwohl die Variablen stark zugunsten von grundlegendem Policy-Beharren ausgeprägt sind und sich so die Intentionen nicht besser umsetzen ließen.*

4.3.4 Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen

Aus der Theorie in Abschnitt 3.2.2 ging hervor, dass die bloße Existenz alternativer Policy Core Beliefs nicht ausreicht, um Lernprozesse auszulösen. Stattdessen müssen die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen so ausgestaltet sein, dass Veränderung, Erwerb oder Löschung eines Policy Core Beliefs zur besseren Verwirklichung höherrangiger Beliefs wünschenswert erscheinen lässt. Umgekehrt sollten die Variablen bei grundlegendem Policy-Beharren gegenüber den bestehenden Policy Core Beliefs bestätigend und gegenüber alternativen Beliefs hemmend ausgeprägt sein. In der Praxis bedeutet das, dass Belege für derartige stabilisierende, herausfordernde und hemmende Phänomene gesucht werden müssen. Während die Variablen *devil shift*, *analytischer Zugang*, *soziale Kohäsion* sowie *Ereignisse und Informationen* sowohl herausfordernd als auch bestätigend ausgeprägt sein können, tragen *selektive Wahrnehmung* und *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* ausschließlich zur Verteidigung des Belief-Systems bei. Folgende Konstellationen sind denkbar:

- Wenn bei einem Policy Core Belief starke Beharrungskräfte und bei der Alternative nur schwach herausfordernd ausgeprägte Aspekte entdeckt werden, dürfte es im Zeitraum der Mitgliedschaft des Akteurs nicht zu Policy Lernen an dieser Stelle kommen.
- Im umgekehrten Fall wird damit gerechnet, dass der Akteur zunächst versucht, neue Beharrungskräfte zu entwickeln und bei einem Fehlschlag an dieser Stelle lernt.
- Wenn ein alternativer PCB über starke Aspekte der Herausforderung verfügt und kein Gegenbelief mit starken Beharrungskräften vorhanden ist, wird ebenfalls grundlegendes Policy-Lernen erwartet.

Da Akteure von Freunden eher als von Gegnern lernen, ist es Insbesondere bei den Variablen *devil shift* und *soziale Kohäsion* entscheidend zu wissen, welchem Kollektiv die Vertreter eines

Policy Core Beliefs in der Tendenz angehören. Dazu wird in der Datenbank ermittelt, welchen Fraktionen die ihn äussernden Akteure angehören. Durch die Verteilung der Fraktionen auf die Kollektive (vgl. Abschnitt 4.3.2) wird klar, ob der Policy Core Belief eher dem politischen Gegner oder den Verbündeten eines Akteurs zugeordnet werden kann.

Selektive Wahrnehmung

Grundsätzlich sollte man bedenken, dass ein Subsystem voll von mehrdeutigen und unsicheren Informationen ist (Jones und Baumgartner 2005b, S. 9). Die *selektive Wahrnehmung* eines Akteurs wäre vor diesem Hintergrund als hoch einzuschätzen, wenn er sich in seinen Aussagen nur auf bestimmte Parameter beruft, während er andere ignoriert. In der Analyse muss zwischen *selektiver Wahrnehmung* und *sozialer Kohäsion* unterschieden werden. Ein Belief kann nicht gleichzeitig ignoriert werden und in Form von sozialem Druck auf den Akteur einwirken. Die Unterscheidung zwischen beiden Variablen lässt sich allerdings angesichts des langen Untersuchungszeitraums nicht verlässlich für jeden Belief der Beispiel-Akteure nachvollziehen. Um dieses Problem zu lösen, wird für die Policy Core Beliefs angenommen, dass die Akteure sie durch ihre intensive Beschäftigung mit dem Subsystem kennen, selbst wenn sie sie nicht referenzieren. Auch nehmen sie annähernd korrekt wahr, wie viele und welche Individuen sie vertreten. *Selektive Wahrnehmung* wird dagegen in Summe gemessen, das heißt als Anteil der Beliefs eines Akteurs an allen verfügbaren Beliefs im Subsystem.

Leitfrage: *Welche Beliefs aus der Gesamtmenge aller Beliefs ignoriert der Akteur?*

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Wenn ein Akteur mit den Argumenten seiner Gegner vertraut wird, kann er in der Lage sein, eigene Beliefs zu entwickeln, mit denen er diese kontert. Dazu muss in einem ersten Schritt erfasst werden, welche Beliefs der Akteur ablehnt. In einem zweiten Schritt kann dann für die abgelehnten Beliefs geprüft werden, welche inhaltlich passenden Gegen-Beliefs er zu deren Entgegnung in einem Statement äußert. Je häufiger der Akteur diese Belief-Paare kombiniert und je mehr Gegen-Beliefs er besitzt, desto erfahrener ist er. Die *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* wirkt einerseits gegenüber den Beliefs, denen im Wortlaut widersprochen wird. Andererseits wird davon ausgegangen, dass Akteure auch ähnlich formulierte Beliefs ablehnen.

Leitfrage: Welche Beliefs der Gegenseite widerlegt der Akteur, welche und wie viele Alternativen schlägt er vor und wie häufig formulierte er seine Argumente?

Analytischer Zugang

Zur Bestimmung des Ausmaßes an *analytischem Zugang* muss einerseits überprüft werden, inwieweit die Akteure aller Diskurs-Kollektive gemeinsame Statistiken oder Messmethoden verwenden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Inhalt der referenzierten Daten in dieser Variablen nicht untersucht wird. Stattdessen wird nur analysiert, ob die Akteure grundsätzlich ähnliche Methoden der Datenerhebung verwenden. Der Inhalt technischer und wissenschaftlicher Beliefs wird dagegen in der Variablen *Ereignisse und Informationen* überprüft. Andererseits wird im Rahmen des *analytischen Zugangs* untersucht, welche theoretischen Vorstellungen die Akteure für das Subsystem haben und mit welchen Methoden sie diese verwirklichen wollen. Vor dem Hintergrund der vierten und fünften Lern-Hypothese des ACF kann man annehmen, dass eine Herausforderung mit nur einem oder zwei Beliefs über den Soll-Zustand des Subsystems weniger wirksam ist, als ein Forschungsprogramm mit klaren Kausalbeziehungen. Wie die Variable *selektive Wahrnehmung* wird auch der *analytische Zugang* nicht anhand einzelner Beliefs gemessen, sondern in dem Ausmaß, in dem die in Abschnitt 5.3.2 eingeführten Theorien und Methoden vertreten werden. Die Überprüfung erfolgt in Form der Belief-Analyse. So ergibt sich eine graduelle Zugehörigkeit des Akteurs zu den Kollektiven, die sich in folgende Stufen unterteilt:

- Gar nichts oder nur Statistiken geteilt: Sehr geringer analytischer Zugang
- Statistiken sowie wenige und schwach ausgeprägte Methoden **oder** Theorien geteilt: Geringer analytischer Zugang
- Statistiken sowie wenige und schwach ausgeprägte Methoden **und** Theorien geteilt: Mittelhoher analytischer Zugang
- Statistiken und viele bzw. voll ausgeprägte Methoden **oder** Theorien geteilt: Hoher analytischer Zugang
- Statistiken und viele bzw. voll ausgeprägte Methoden **und** Theorien geteilt: Sehr hoher analytischer Zugang

Selektive Wahrnehmung, Erfahrung mit gegnerischen Argumenten und *analytischer Zugang* komplementieren sich gegenseitig und beschreiben als Ganzes, in welchem Verhältnis der

Akteur in Bezug auf Theorien und Methoden grundsätzlich zu den Kollektiven steht. Da er Beliefs nur entweder ignorieren, ablehnen oder unterstützen kann, bedingt die Stärke einer oder zweier Variablen die Schwäche der anderen. Wenn ein Akteur in einem Extremfall allen Beliefs eines Kollektivs widerspricht, ist zwar sein *analytischer Zugang* zu diesem sehr gering ausgeprägt, seine *selektive Wahrnehmung* ist es aber auch.

Leitfrage: Welche Beliefs aus der Gesamtmenge aller Beliefs unterstützt der Akteur?

Devil shift

Dieser Aspekt der Beharrungskräfte wird ebenfalls durch die Messung von Inhalt und Menge der geäußerten Aussagen des untersuchten Akteurs über einzelne Mitglieder der Diskurs-Kollektive ermittelt. Dabei wird gemäß der von Sabatier, Hunter und McLaughlin (1987, S. 451) formulierten zweiten Hypothese geprüft, ob ein Akteur das Denken oder Handeln seiner Gegenspieler mit kritischen Worten ablehnt oder ihm einen starken und negativen Einfluss auf das Subsystem zuschreibt. Nicht untersucht wird, ob das Ausmaß des *devil shifts* generell mit der inhaltlichen Distanz zwischen den Beliefs der Koalitionen korreliert (1987, S. 451), da es für die Untersuchung nicht entscheidend ist, warum sich der Akteur ablehnend verhält. Von Shanahan, Jones und McBeth wird die Idee entlehnt, dass der *devil shift* auch daran erkennbar ist, dass sich Akteure als Helden oder Opfer porträtieren können, während sie ihre Widersacher als Schurken darstellen (2011, S. 554). Die Autoren definieren die Rolle des Helden als den Löser eines Problems und den Schurken als dessen Verursacher. Opfer leiden dagegen unter den Taten der Schurken und werden von Helden gerettet. Daraus folgt, dass der Akteur zumindest die Schurken-Rolle zwangsweise an seine Gegner vergeben muss. Da eine Bewertung der Qualität dieser Variable in einem absoluten Wert nicht möglich ist, wird die gerade geschilderte Natur der Angriffe sowie ihr Umfang bewertet. Attacken ausschließlich gegen die Organisation eines anderen Akteurs werden dabei als schwache Ausprägung aufgefasst, solche gegen ein Individuum dagegen als mittelstark. Angriffe, die sich ausschließlich gegen ein gegnerisches Belief-System als Ganzes richten, werden als schwach bewertet, eine Zuweisung der Schurken-Rolle an eine gegnerische Organisation oder einen individuellen Akteur dagegen als mittelstark. Beim Umfang der Attacken wird die Grenze bei drei Statements angesetzt. Kritisiert der Akteur seine Gegner öfter, gilt dies als mittelstarkes Maß an *devil shift*. Wenn mehr als zwei mittelstarke Elemente beobachtet werden, ist der *devil shift* insgesamt stark ausgeprägt. Eine

Aufnahme jeder individuellen Beleidigung, Attacke oder Unterstellung in Form eines Beliefs würde die Datenbank unnötig vergrößern. Daher wird in der Datenbank nur bei den entsprechenden Quellen ein Verweis auf die Existenz von *devil shift* eingetragen und die konkrete Ausgestaltung unter Verweis auf die Quelle direkt beschrieben. Wie in den Abschnitten 3.2.2 ausgeführt, wirkt der *devil shift* bestätigend für bestehende Beliefs des eigenen Kollektivs, herausfordernd auf bestehende Beliefs, die dem gegnerischen Kollektiv zugerechnet werden und hemmend für nicht erlernte Beliefs, die von Akteuren mit einem gegensätzlichen Belief-System geäußert werden.

Leitfrage: *In welchem Ausmaß zweifelt der Akteur einzelne Beliefs oder die Belief-Systeme anderer Akteure als Ganzes an und inwieweit weißt er ihnen die Rolle von Schurken und sich selbst die des Helden oder Opfers zu?*

Bestätigende und herausfordernde soziale Kohäsion

Bestätigende und herausfordernde *soziale Kohäsion* wirkt, wenn ein Akteur mit den Policy Core Beliefs anderer Akteure konfrontiert wird. Da ein Akteur sich nur mit den Beliefs auseinandersetzen kann, denen er während seiner Mitgliedschaft im Subsystem ausgesetzt ist, findet der Vergleich jeweils mit den Ausprägungen während seiner Mitgliedschaft im Subsystem statt. Im Fall von Akteuren, die über einen langen Zeitraum Mitglied im Subsystem waren, werden die jeweiligen Untersuchungszeiträume zur besseren Darstellung dabei in geeignete Unterabschnitte eingeteilt. Mehrere Faktoren bestimmen darüber, in welchem Ausmaß ein bestehender Belief bestätigt wird, oder ein alternativer Belief herausfordernd wirkt: Die Menge der individuellen Akteure, welche ihn vertritt, die Häufigkeit, in der er von diesen Akteuren geäußert wird, sowie die Position, welche die ihn vertretenden Akteure im Subsystem innehaben. Mit Position ist gemeint, dass einige Akteure durch ihre Ämter oder Mandate das politische Programm in besonderem Maße prägen können. Da sich, wie in den Abschnitten 2.2.3 und 3.2.2 beschrieben, Akteure selbst bei unterschiedlichen Intentionen an der Haltung von einflussreichen Akteuren orientieren, wird gesondert vermerkt, welche Individuen diesen Status innehaben. Wenn ein einflussreicher Akteur weder die Policy Core Beliefs des untersuchten Akteurs noch die Herausforderung vertritt, wird von Indifferenz ausgegangen. In Hinblick auf die imperfekte Wahrnehmung der Akteure als eine Grundlage des ACFs stellt sich die Frage, ob die Akteure überhaupt die Belief-Systeme der übrigen Subsystem-

Mitglieder so wahrnehmen, wie diese sie äußern. Auch um diese Verzerrung zu minimieren, werden als Beispiel-Akteure die zehn Individuen mit den meisten Statements ausgewählt. Bei ihnen kann man annehmen, dass sie durch ihre intensive Beschäftigung mit dem Subsystem die Positionen der einflussreichen Akteure so wahrnehmen, wie sie auch der Forscher erfasst. Das Ausmaß an bestätigender oder herausfordernder *sozialer Kohäsion* zu einem Policy Core Belief wird in drei Schritten ermittelt:

Zunächst wird die Anzahl der Subsystem-Mitglieder, welche den Policy Core Belief äußern, sowie die Anzahl der Nennungen insgesamt erfasst. Dann wird überprüft, wie viele Individuen davon zusätzlich den Status eines einflussreichen Akteurs besitzen. Damit diese Mengen miteinander vergleichbar werden, wird für jede dieser drei Kategorien der Policy Core Belief mit dem insgesamt höchsten Wert als Referenz definiert. Das Volumen aller weiteren Policy Core Beliefs wird als Prozentwert von diesem Maximalwert erfasst, in dem die jeweilige Zahl, durch den Maximalwert geteilt wird. Als nächstes werden die drei Ergebnisse jeweils auf einer Skala mit fünf Stufen angeordnet und mit folgenden Punktwerten versehen:

Abbildung 9: Punktwerte zur Ermittlung der sozialen Kohäsion für einen Policy Core Belief

| | |
|-----------------------|---|
| Unter 29,999 Prozent | 1 |
| 30 bis 39,999 Prozent | 2 |
| 40 bis 49,999 Prozent | 3 |
| 50 bis 59,999 Prozent | 4 |
| 60 Prozent und mehr | 5 |

Bei drei Kategorien ergibt sich somit ein minimaler Wert von 3 und ein maximaler Wert von 15. Beträgt dieser zwischen 15 und 13, besteht eine sehr stark herausfordernde oder bestätigende *soziale Kohäsion*. Zwischen 12 und 10 besteht eine starke, zwischen 9 und 7 eine mittelstarke und zwischen 6 und 4 eine schwache *soziale Kohäsion*. Wenn nur der minimale Wert 3 erreicht wird, gilt dies als sehr schwache *soziale Kohäsion*.

Sowohl zu bestehenden als auch zu herausfordernden Policy Core Beliefs können einer oder mehrere Gegen-Policy Core Beliefs existieren, die ebenfalls von anderen Akteuren geteilt werden. Wenn also beispielsweise in einem Policy Core Belief ein Zustand von vielen Akteuren negativ bewertet wird, kann der Akteur über einen zweiten Policy Core Belief verfügen, der von genauso vielen Akteuren positiv bewertet wird. Um dieses Spannungsverhältnis abbilden zu können, werden im zweiten Schritt Gegensatzpaare ermittelt und deren *soziale Kohäsion*

miteinander verrechnet. Ein Belief mit sehr stark herausfordernder *sozialer Kohäsion*, würde in diesem fünfstufigen System etwa nur noch insgesamt mittelstark herausfordern, wenn der bestehende Gegen-Belief zumindest eine schwach bestätigende *soziale Kohäsion* besäße. Selbst wenn ein Belief durch einen Gegen-Belief abgeschwächt wird, kann er sich logischerweise nicht in sein Gegenteil verkehren, sondern nimmt minimal den Wert sehr schwach an. In diesem Fall würde also die bestätigende *soziale Kohäsion* des Gegen-Beliefs auf sehr schwach reduziert.

Zuletzt kann es noch verschiedene individuelle Faktoren geben, welche die *soziale Kohäsion* verstärken oder reduzieren können. Von einer hohen bestätigenden *sozialen Kohäsion* zwischen zwei Akteuren kann beispielsweise gesprochen werden, wenn sowohl Policy Core Beliefs als auch Secondary Aspects und Deep Core Beliefs geteilt werden. Nach Eberg (1997, S. 211) oder Sabatier und Jenkins-Smith (1999, S. 149–151) werden Lernanreize von Akteuren mit ähnlichem Belief-System eher aufgegriffen. Daher wirkt herausfordernde *soziale Kohäsion* besonders stark, wenn ein Akteur abgesehen von dem umstrittenen Policy Core Belief viele andere Beliefs mit dem Vertreter der Herausforderung teilt. Das gilt insbesondere für Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs. Daneben können im Sinne der Abschnitte 2.2.3 und 3.2.2 auch Verpflichtungen gegenüber der eigenen Organisation oder die öffentliche Meinung eine Rolle spielen. Als Sonderfall können auch absehbare Anpassungen des politischen Programms die *soziale Kohäsion* verstärken, indem sie etwa Akteure zu Kompromissen zwingen. Da für derartige Faktoren keine allgemeine Wirkung angenommen wird, müssen sie individuell für jeden Beispiel-Akteur bewertet werden. Auch hier gilt, dass die *soziale Kohäsion* minimal *sehr schwach* und maximal *sehr stark* ausgeprägt sein kann.

Leitfrage: *Wie häufig und von wie vielen Subsystem-Akteuren und einflussreichen Akteuren wird ein Policy Core Belief geäußert und in welchem Verhältnis steht er zum Belief-System beziehungsweise den Policy Core Beliefs des untersuchten Individuums?*

Bestätigende und herausfordernde Ereignisse und Informationen

Während bei der Untersuchung der *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* sowie des *analytischen Zugangs* Theorien und Methoden der Akteure in Bezug auf das Subsystem untersucht werden, steht bei dieser Variablen die Analyse der technischen und wissenschaftlichen Parameter des Subsystems im Mittelpunkt. Diese werden dann in Form von

Secondary Aspects in den Datensatz aufgenommen. Da die Bewertung von *Ereignissen und Informationen* heterogen ausfallen kann, muss man prüfen, ob und wie ein Akteur sie wahrnimmt und bewertet. Ein Ereignis oder eine Information wirkt solange auf einen Akteur ein, wie er diese mit demselben Belief beschreibt. Dauer und Intensität dieses Effekts werden durch die Messung aller Zeitpunkte bestimmt, an denen er den Belief äußert. Wird der Parameter dagegen mit einem inhaltlich unterschiedlichen Belief ausgedrückt – etwa abnehmender statt zunehmender Arbeitslosigkeit – so wird dies als neue Information betrachtet. *Ereignisse und Informationen* werden darin unterschieden, dass erstere nur im Zeitraum von maximal einem Monat auftreten und eine schockartige Wirkung besitzen. Für Informationen trifft mindestens eine der beiden Bedingungen nicht zu.

Die Konsequenzen von *Ereignissen und Informationen* ergeben sich aus den Intentionen des Akteurs. Eine hohe Fehler-Gefährlichkeit einer Information könnte sich beispielsweise aus Beliefs wie „Indikator X hat einen bestimmten Wert erreicht“, „es droht eine Katastrophe“ sowie „das politische Programm zur Behebung des Problems muss reformiert werden“ zusammensetzen. Dagegen wirken *Ereignisse und Informationen* bestärkend auf einen Policy Core Belief, wenn der Akteur seine Intentionen und insbesondere die darin enthaltenen übergeordneten und Deep Core Beliefs verteidigen kann. Der Inhalt einer Herausforderung gewinnt für einen Akteur auch an Brisanz, wenn er mit dem bisherigen Belief-System nicht erklärt werden kann. Da die Koalitionen nach Sabatier und Jenkins-Smith versuchen, Entscheidungsträger und die öffentliche Meinung von der Richtigkeit der eigenen Positionen zu überzeugen (1999, S. 152–154), wird erwartet, dass die Versuche zur Erklärung der Herausforderung auch dem Forscher zugänglich sind. In der Empirie lässt sich die Erklärbarkeit aus der Kombination eines Ereignisses oder einer Information mit passenden Secondary Aspects überprüfen. Werden die entsprechenden Beliefs häufig kombiniert, kann der Akteur das Ereignis gut erklären. Wenn er es dagegen mit gar keinen Secondary Aspects kombiniert, besitzt er keine Erklärung dafür.

Leitfrage: *Welche Ereignisse und Informationen werden referenziert, in welchem Verhältnis stehen sie zu den Intentionen eines Akteurs und wie werden sie erklärt?*

Die Mehrheit der Variablen wirkt als Ganzes. Es wird beispielsweise nicht untersucht, welche Wirkung die Nicht-Beachtung eines bestimmten Beliefs nach sich zog, sondern wie stark ein

Akteur die Theorien, Methoden und Daten der Kollektive als Ganzes ignoriert. Genauso tragen *devil shift* sowie *Ereignisse und Informationen* in Summe zu grundlegendem Lernen und Nicht-Lernen bei. Lediglich die *soziale Kohäsion* wird für jeden einzelnen Policy Core Belief ermittelt und die *Erfahrung* eines Akteurs bestätigt oder widerlegt bestimmte Policy Core Beliefs explizit.

5 Empirische Untersuchung

Das folgende Kapitel beginnt mit einer Erklärung, was mit Schlüsselbegriffen wie Bedarfssteuerung im Rahmen dieser Arbeit gemeint ist. Ergänzend werden die relativ stabilen Parameter vorgestellt. Im Anschluss werden die Entwicklung des politischen Programms sowie Veränderungen in den für den Diskurs wichtigsten Beliefs und den daraus geformten Kollektiven dargestellt. Dazu wird der Untersuchungszeitraum in drei Phasen eingeteilt, die wichtige Ereignisse im Subsystem reflektieren und darstellen, welches Element der Bedarfssteuerung wann eingeführt wurde. Damit soll ein Eindruck vermittelt werden, vor welchem Hintergrund die Akteure handelten und was sich hinter den zahlreichen „technischen“ Begriffen der Bedarfssteuerung verbirgt. Es folgen in Abschnitt 5.7 die Biographien von zehn ausgesuchten Beispiel-Akteuren, anhand derer die Überprüfung der Forschungshypothesen erfolgt.

5.1 Ambulante Bedarfssteuerung im deutschen Gesundheitswesen

Zum Einstieg muss betont werden, dass alle Begriffe und gesetzlichen Vorgaben im folgenden Kapitel einerseits so verwendet werden, wie sie zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit verwendet wurden. Sie sind damit auch auf inhaltsgleiche Gegenstände zu beziehen, welche in der Vergangenheit anders benannt oder gesetzlich anders festgehalten wurden. So wird der gemeinsame Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung von Ärzten und Krankenkassen nach §§ 72, 72a und 75 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) referenziert, auch wenn dieser zu Beginn des Untersuchungszeitraum noch in der Reichsversicherungsordnung (RVO) festgehalten wurde. Andererseits werden Begriffe dort zusammengefasst, wo eine Differenzierung in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand nicht notwendig ist, eine Zusammenfassung aber den Lesefluss vereinfacht. Beispielsweise fasst der Begriff „ambulant tätige Ärzte“ die Bezeichnungen „angestellte Ärzte“, „ermächtigte Ärzte“ sowie „Vertragsärzte“ zusammen, die zwar alle zur Versorgung des ambulanten Sektors

beitragen, allerdings auf der Basis von unterschiedlichen Rechtsgrundlagen.²⁵ Lediglich an Stellen, an denen eine Ausdifferenzierung für ein besseres Verständnis sorgt, werden die Unterbegriffe verwendet. Der Kommentar aller in den Abschnitten 5.1.1 und 5.1.2 eingeführten Artikel des SGB V beruht auf den Erklärungen von Hänlein, Kruse und Schuler (2012).

5.1.1 Bedarfsplanung und Zulassung

Der wichtigste Begriff für diese Untersuchung setzt sich aus zwei Aspekten zusammen: „*Bedarfssteuerung*“ vereinigt in sich die Unterbegriffe „*Bedarfsplanung*“ und „*Sicherstellung*“ und wird anstelle dieser beiden in der Fallstudie verwendet. Um aber zu erklären, was damit gemeint ist, wird der Begriff Bedarfsplanung in diesem Abschnitt vorgestellt, während Sicherstellung im nächsten Abschnitt behandelt wird. Das Gabler Wirtschaftslexikon versteht unter Bedarfsplanung ein „*Instrument, mit dem der Bedarf an niedergelassenen Ärzten (Hausärzte, Fachärzte und Zahnärzte) sowie von Krankenhauskapazitäten zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in einer Region gedeckt werden soll*“ (Amelung et al. s.a.). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes erklärt ähnlich: „*Im Gesundheitswesen wird [unter Bedarfsplanung] die Aufstellung eines Plans für die in Zukunft benötigten Ressourcen eines gewissen Typs verstanden. Insbesondere sind nach SGB V Bedarfspläne zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung vorgeschrieben*“ (Statistisches Bundesamt 1998, S. 77–80). Beide Definitionen fokussieren hauptsächlich auf die Frage was inhaltlich beplant wird. Es geht um die Distribution der verfügbaren Ressourcen des Gesundheitswesens, wobei die erste Definition sich auf niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser fokussiert. Wie bereits erwähnt, ist die Bedarfsplanung im stationären Sektor aber nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Welche Arztgruppen der ambulanten Bedarfsplanung unterliegen, welche Verhältniszahlen angewandt werden, welche Größe die Planungsgebiete haben und vor allem welche Probleme damit gelöst werden sollten, hat sich allerdings im Zeitverlauf verändert. Daher wird an dieser Stelle ein Überblick über die Ausgestaltung der Bedarfsplanung, den Umgang mit *Unter-* und *Überversorgung* sowie der Sicherstellung am Ende des Untersuchungszeitraums, nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012 gegeben, während die Entwicklung dieser Elemente in den Abschnitten 5.3 bis 5.5 beschrieben wird.

²⁵ Die Unterschiede werden im weiteren Verlauf des Abschnitts erklärt.

Die Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung für Struktur und Akteure wurden Ende 2012 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert. Zu den regelsetzenden Institutionen gehörten die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 70), die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen (§§ 207-211a bzw. 168 und 212), die Landesausschüsse (§90), die Gemeinsamen Landesgremien (§90a) und vor allem der Gemeinsame Bundesausschuss (§91). Die gemeinsamen Landesgremien hatten lediglich eine beratende Funktion für sektorübergreifende Versorgungsfragen, zudem wurden sie erst Ende 2011 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-VStG) in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (Hänlein et al. 2012, S. 865). Wichtiger waren einerseits die Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf der föderalen Ebene im Einvernehmen²⁶ mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen Bedarfspläne verfassten (§ 99). Bedarfspläne waren ein zentraler Baustein im Gefüge der ambulanten Bedarfsplanung in Deutschland. Sie wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verfasst und enthielten den Ist- sowie den Soll-Bestand an zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten. Hänlein, Kruse und Schuler betonen besonders den Beurteilungsspielraum, den die KVen bei der Ausarbeitung der Bedarfspläne haben (2012, S. 942). Dadurch konnten auch regionale Sonderbedarfe in die Pläne einfließen. Andererseits stellten die Landesausschüsse, bestehend aus den Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei unparteiischen Mitgliedern, Überversorgung und Unterversorgung in ihrem Planungsgebiet fest und sollten diese reduzieren. Mit Über- und Unterversorgung wird von nun an ein Überfluss beziehungsweise ein Mangel an Ärzten bezeichnet. Ob dieser lokal oder national, nur formell oder auch materiell bestand, ob er drohte oder bereits existierte, hing vom jeweiligen Kontext ab und wird in den folgenden Abschnitten an der jeweiligen Stelle näher spezifiziert. Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bzw. seine Vorgängerorganisationen²⁷ besaß im Rahmen der Bedarfsplanung vor allem die Kompetenz zur Setzung von Richtlinien (§92). Da diese eine bindende Wirkung für die Akteure im Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung haben, wird der GBA auch als „kleiner Gesetzgeber“

²⁶ Einvernehmen bezeichnet die Notwendigkeit für eine Institution, das Einverständnis einer anderen Institution einzuholen, um eine bestimmte Maßnahme ergreifen zu können (Bundeszentrale für politische Bildung s.a.).

²⁷ Begriff und Institution Gemeinsamer Bundesausschuss sind erst durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung von 2004 entstanden. Der GBA ersetzte dabei mehrere Vorgängerorganisationen, von denen für die Bedarfssteuerung vor allem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen relevant war. Zur besseren Übersichtlichkeit wird der Begriff Gemeinsamer Bundesausschuss stellvertretend für den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen benutzt.

bezeichnet (Bronner 2009, S. 212). Das SGB V beschrieb zudem Details der Arbeit des GBA, wie das Wirksamwerden seiner Richtlinien (§94).

5.1.2 Sicherstellung und untergesetzliche Normen

Theoretische Planung allein reichte allerdings nicht aus, um eine Patientenversorgung zu gewährleisten, es mussten auch Ärzte tatsächlich tätig werden. Die allgemeine Grundlage dazu bildete zum einen der *gemeinsame Sicherstellungsauftrag* der vertragsärztlichen Versorgung, welcher bei Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren und Krankenkassen lag (§ 72). Er wurde konkretisiert durch den *besonderen Sicherstellungsauftrag* mit dem die KVen sowie die KBV die vertragsärztliche Versorgung mit Ärzten gegenüber den Krankenkassen gewährleisteten (§ 75). Wie aber wurde der einzelne Arzt Teil dieser Versorgung? Auch hier war das SGB V maßgeblich, welches die Bedingungen zur Teilnahme für interessierte Ärzte vorgab (§95). Im Zentrum stand das so genannte *Vertragsarztmonopol* (Hänlein et al. 2012, S. 901–918). Es bedeutete, dass nicht jeder approbierte Mediziner zulasten der GKV abrechnen durfte, sondern nur diejenigen, die eine Teilnahmeberechtigung durch einen Zulassungsausschuss (§96) und damit den Status eines Vertragsarztes erhalten hatten. Das galt auch analog für Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren (MVZ). Nach Paragraph 96 SGB V wurden Zulassungsausschüsse von Vertretern der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen gebildet, um die Besetzung von Vertragsarztsitzen in der jeweiligen Planungsregion zu regeln. Diese Ausschüsse wurden für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung gegründet und entschieden, ob ein Arzt oder MVZ zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden konnte. Die Details für diese Verfahren wurden in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt, welche im Anschluss noch näher vorgestellt wird. Eine wichtige Sonderstellung in diesem Schema nahmen *angestellte* und *ermächtigte Ärzte* sowie *Partnerärzte* ein. Ein Vertragsarzt oder ein MVZ konnten Ärzte anstellen, sofern für die jeweilige Arztgruppe keine Zulassungssperren bestanden (vgl. § 95 SGB V und Zulassungsverordnung für Vertragsärzte i.d.F von 2011). Ihre gegenwärtigen oder zukünftigen Leistungen wurden aber in das Leistungsvolumen des Vertragsarztes oder MVZ mit eingerechnet, wenn es darum ging, ihre Anstellung durch die Zulassungsausschüsse zu genehmigen oder das Versorgungsvolumen zu berechnen. Zusätzlich zu regulären Vertragsärzten konnten Mediziner durch die jeweiligen Zulassungsausschüsse auch zur

ambulanten Tätigkeit ermächtigt werden, die normalerweise stationär arbeiteten. Ermächtigte Ärzte sollten vor allem dazu beitragen, Unterversorgung zu beheben (§116). Dabei waren neben dem SGB V auch die §§ 31 und 31a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) maßgeblich. Unter Partner-Ärzten verstand man nach § 101 (1) 4. SGB V Ärzte, die in einer bereits bestehenden Vertragsarztpraxis zusätzlich zum Inhaber des Arztsitzes als dessen Partner arbeiteten. Durch dieses Vorgehen konnte ein Arzt auch dann in einem Planungsbereich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung tätig werden, wenn dieser eigentlich für neue Zulassungen gesperrt war. Die wichtigste Voraussetzung war aber, dass das Leistungsvolumen beider Ärzte nicht wesentlich über dem bisherigen Volumen des Vertragsarztes liegen durfte. Der bereits niedergelassene Arzt musste also sein Leistungsvolumen einschränken (§ 101 (1) 4 SGB V). Wenn es bei einer Bewerbung zu einem Konfliktfall kam, konnten nach § 96 (4) SGB V die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den für sie zuständigen Berufungsausschuss (§97) anrufen. Weitere Modalitäten wurden durch Zulassungsverordnungen (§98) und Bedarfspläne geregelt.

Das eben beschriebene Verfahren regelte den Zugang zur ambulanten Versorgung unter idealen Umständen. Mit den Vorgaben des SGB V sollte aber auch verhindert werden, dass die Vorgaben aus den Bedarfsplänen weder unter- noch überschritten wurden. Unterschritt der Ist-Zustand in einem Planungsgebiet den Soll-Zustand, so wurde von *Unterversorgung* (§100) gesprochen. Als Schwellenwerte wurden in der hausärztlichen Versorgung 25 Prozent und in der fachärztlichen Versorgung 50 Prozent unter dem Sollwert angesetzt. Maßgebliche Institution waren die Landesausschüsse. Ihnen oblag die Aufgabe, eine drohende oder existierende Unterversorgung formell festzustellen. Im Anschluss daran mussten sie nach §100 (1) Satz 2 den jeweiligen KVen eine angemessene Frist einräumen, innerhalb derer diese die Unterversorgung abbauen konnten. Zum Maßnahmen-Katalog zur Überwindung von Unterversorgung gehörten Umsatzgarantien, Landzulagen, Darlehen und Zuschüsse, dafür verfügten die KVen über sogenannte Sicherstellungsfonds (Hänlein et al. 2012, S. 944). Sollte die betroffene Kassenärztliche Vereinigung in der gegebenen Frist die Unterversorgung nicht abwenden können, so mussten wiederum die Landesausschüsse Zulassungssperren in anderen Planungsgebieten anordnen. So sollte das zukünftige Arzt-Potential umgeleitet werden, bis die Unterversorgung überwunden war. Überschritt hingegen der Ist-Zustand den Soll-Zustand um mehr als zehn Prozent, so sprach man von *Übersorgung* (§101). Um eine existierenden

Überversorgung zu reduzieren oder zumindest einen weiteren Anstieg des ambulanten Arztvolumens in überversorgten Gebieten zu stoppen, sah das SGB V Zulassungsbeschränkungen (§103) vor. Wurde eine Zulassungsbeschränkung für ein bestimmtes Gebiet und eine oder mehrere bestimmte Arztgruppen erlassen, konnten interessierte Mediziner nur noch unter bestimmten Bedingungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dazu gehörte auch der schon erwähnte Status als Partner-Arzt nach § 101 (1) 4. Die wichtigste Ausnahme war die Übernahme eines bestehenden Vertragsarzt-Sitzes. Dazu musste nach §103 (4) SGB V die KV ein Neubesetzungsverfahren einleiten, dass nach verschiedenen Kriterien einen Nachfolger auswählte (§ 104). Den Abschluss der Paragraphen zur Bedarfsplanung bildeten die Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (§105). Mit ihnen sollte eine möglichst ausgewogene Verteilung der Ärzte ohne Unter- und Überversorgung erreicht werden. Dazu gehörten verschiedene, hauptsächlich mit finanziellen Anreizen verbundene, Maßnahmen. Konkretisiert wurden die gesetzlichen Vorgaben vor allem in der *Bedarfsplanungs-Richtlinie* (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012a). Sie beruhte am Ende des Untersuchungszeitraums auf drei Hauptprinzipien: Regionalen Planungseinheiten, historisch festgelegten Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen und regionalen Planungsakteuren, bestehend aus Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen. Das Prinzip der Regionalität wurde durch die Orientierung an der Struktur der kreisfreien Städte, Landkreise und Kreisregionen bei der Einteilung der Planungseinheiten verwirklicht. Gegen Ende des Untersuchungszeitraums waren das 395 Planungseinheiten (Klose und Rehbein 2011, S. 9). Kreise, Kreisregionen und kreisfreie Städte wurden dabei größtenteils in einen von drei Regionstypen eingeteilt: Agglomerationsräume, verstärkte Räume und ländliche Räume. Jeder dieser Regionstypen untergliederte sich wiederum in verschiedene Kreistypen, die unterschiedlich hohe Bevölkerungsdichten wiedergaben (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012b, S. 14–15). So konnten auch beispielsweise ländliche Kreise in einem Agglomerationsraum abgebildet werden. Neben den drei Regionstypen kam noch die Sonderregion Ruhrgebiet dazu, welche der Besonderheit der zahlreichen Großstädte auf engem Raum Rechnung trug. Grundlage für die Einteilung der jeweiligen Planungseinheit war die Klassifizierung des Gebietes durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. Je nach Kreistyp galten andere Verhältniszahlen für die verschiedenen Arztgruppen. Ein Praxisbeispiel: Eine Kernstadt im verstärkten Raum hatte zuletzt einen Soll-Verhältniszahl von 21.008

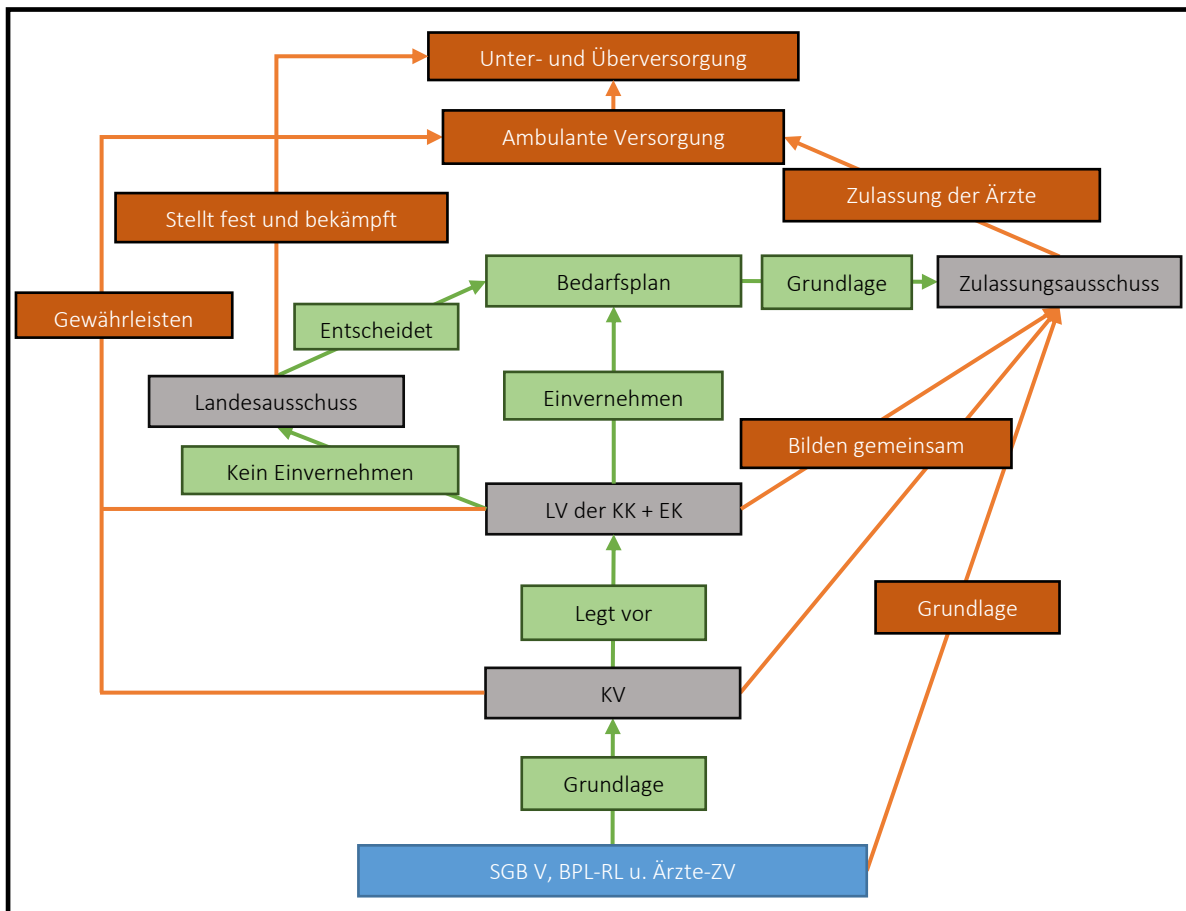
Einwohnern je Chirurg (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012b, S. 20). 2010 wurde zudem ein Demographie-Faktor eingeführt, der den im Schnitt unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei verschiedenen Alterskohorten berücksichtigen sollte. Dieser wurde allerdings zum letzten Tag des Untersuchungszeitraums wieder ausgesetzt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012c). Da es keine natürlichen Größen für eine ideale Arzt-Einwohner-Verhältniszahl gibt (Potthoff und Schneider 2002), nutzte die Richtlinie über die Bedarfsplanung historische Zahlen. Historisch in diesem Sinne heißt, dass für die beplanten Arztgruppen Stichtage ausgewählt wurden. Das Arzt-Einwohner-Verhältnis, das an diesem Tag für die jeweilige Arztgruppe galt, wurde als Ausgangspunkt beziehungsweise als Normal-Zustand für die Bedarfsplanung herangezogen. Dazu wurden für alle gleichen Kreistypen die Einwohner und Ärzte der jeweiligen Arztgruppe addiert, danach wurde die aggregierte Zahl der Ärzte durch die der Einwohner geteilt (Kopetsch 2010b, S. 315). Auf diese Weise konnten konkrete Grenzwerte für Unter- und Überversorgung definiert und gemessen werden. Dabei waren die Stichtage nicht bei allen Arztgruppen gleich. Für die meisten Gruppen galt als Stichtag der 31. Dezember 1990, für Anästhesisten aber beispielsweise der 31. Dezember 1997 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012a, S. 77–80). Das lag daran, dass Anästhesisten und Psychotherapeuten erst ab dem 1. Januar 1999 beplant wurden (Kopetsch 2010b, S. 315). Zuletzt wurden in der BPL-RL auch einige Rechte und Pflichten der Partner in den Landesausschüssen konkretisiert. So wurde beispielsweise definiert, wie diese die Existenz von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf – auch in zur Zulassung gesperrten Gebieten – zu prüfen hatten und welche Faktoren bei der Prüfung zu berücksichtigen waren. Die Bedarfsplanung-Richtlinie wurde durch die *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte* ergänzt. In ihr wurden einerseits die Details vorgegeben, nach denen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bedarfspläne aufzustellen hatten (§§ 12-14 Ärzte-ZV). Andererseits wurden hier weitere Vorgaben gemacht, wie die Landesausschüsse die Existenz von Unter- (vgl. §§ 15 u. 16) respektive Überversorgung (vgl. § 16b) zu prüfen hatten. Die BPL-RL sowie die Ärzte-ZV ergänzten sich dabei gegenseitig.

5.1.3 Zusammenfassung

Zusammengefasst oblag die Bedarfssteuerung also zum größten Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Diese planten das ambulante Angebot an Ärzten, prüften den Status der Versorgung und unternahmen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Gegenmaßnahmen bei Unter- oder Überversorgung. Bis zum GKV-VStG war der reguläre

Einfluss des Gesetzgebers dagegen gering, sieht man einmal von den in Kürze vorgestellten unregelmäßigen Eingriffen durch Reformen ab. Die folgende Grafik stellt die wichtigsten Abläufe in der Bedarfssteuerung in vereinfachter Form dar. Dabei wurden die gesetzlichen Grundlagen blau dargestellt, Institutionen in grau. Prozesse, die mit der Bedarfsplanung zusammenhängen, sind grün gefärbt, jene mit Bezug zur Sicherstellung orange.

Abbildung 10: Vereinfachter Überblick über die Bedarfssteuerung bis zum GKV-VStG



Quelle: Eigene Darstellung

5.1.4 Belief-Erfassung und Belief-Analyse

Auf der Grundlage dieses, in der allgemeinen Inhaltsanalyse erarbeiteten und in den Hintergrundgesprächen geschärften, Überblicks über das Subsystem wurden Suchbegriffe für die Belief-Erfassung entwickelt. Die in Abschnitt 4.2.2 festgelegten Quellen wurden auf die Begriffe „Überversorgung“, „Unterversorgung“, „Bedarfsplanung“, „Ärztmangel“ und „Ärztenschwemme“ überprüft. Auch verwandte Artikel, die insbesondere in den Online-Quellen vorgeschlagen wurden, wurden erfasst. Bei den in Abschnitt 5.7 vorgestellten Beispiel-Akteuren wurde auch der Name des jeweiligen Akteurs als Suchkriterium verwendet. Insgesamt

wurden 609 Beliefs in 2127 Statements, verteilt auf 382 individuelle Akteure erfasst, die den Regeln für Beliefs und Akteure aus den Abschnitten 4.3.2 und 4.3.3 entsprachen. Akteure, welche entweder keine Individuen waren oder nicht die für eine Subsystem-Mitgliedschaft vorgegebene Mindestanzahl von zwei Statements besaßen, wurden in der Datenbank als öffentliche Meinung zusammengefasst.

In der Belief-Analyse zeigte sich, dass Akteure mit einem ähnlichen institutionellen Hintergrund auch häufig ähnliche Beliefs teilten. Um das zu verdeutlichen, wurde jedem Akteur ein Kennzeichen zugeordnet und die Gemeinschaft aller Akteure mit einem solchen Kennzeichen als Fraktion bezeichnet. Beispielsweise wurden die Mitglieder einzelner Krankenkassen sowie ihrer Verbände mit dem Kennzeichen KK markiert. Folgende Fraktionen wurden erfasst:

| | |
|-----|---|
| ÄK | Ärztelkammer (auch Bundespsychotherapeutenkammer) |
| ÄV | Ärzteverband (darunter fielen verschiedene Verbände, u.a. Hartmannbund und NAV-Virchowbund, auch die Verbände der psychologischen Psychotherapeuten) |
| CDU | Christlich Demokratische Union Deutschlands |
| CSU | Christlich-Soziale Union in Bayern |
| DL | DIE LINKE (auch PDS) |
| FDP | Freie Demokratische Partei |
| GBA | Gemeinsamer Bundesausschuss (Auch Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) |
| GR | Bündnis 90/Die Grünen |
| JO | Journalist |
| KH | Krankenhaus |
| KK | Krankenkasse |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| MB | Marburger Bund |
| PV | Patientenvertretung |
| SPD | Sozialdemokratische Partei Deutschlands |
| VW | Verwaltung (aus allen Regierungsebenen und unter Einbezug von Vertretern von Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie Industrie- und Handelskammern) |
| WS | Wissenschaftler (Experten aller Art ohne Tätigkeit bei einer der oben genannten Fraktionen) |

Bei der Bestimmung der Kollektive wurden die Fraktionen zur Darstellung von Mustern in der Verteilung der Akteure gemäß Abschnitt 4.3.3 herangezogen. Darüber hinaus aber waren keine theoretischen Überlegungen mit dieser Kategorisierung verbunden. Insbesondere wurde nicht davon ausgegangen, dass der institutionelle Hintergrund eines Akteurs seine Handlungen determinierte. Auch gab es Akteure, die mehr als nur eine institutionelle Verbindung besaßen. Bei ihnen wurde die Verbindung, die im ersten Statement ermittelt wurde, zur Zuordnung des Fraktions-Kennzeichens herangezogen. Beispiel-Akteure, deren institutioneller Hintergrund sich im Untersuchungs-Zeitraum entscheidend veränderte, wurden dagegen der jeweils passenderen Fraktion zugeordnet.

5.2 Relativ stabile Parameter

Die Untersuchung eines Subsystems muss vor dem Hintergrund der relativ stabilen Parameter stattfinden (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 194). Maßgeblich für die Bedarfssteuerung des ambulanten Sektors im deutschen Gesundheitswesen waren:

Grundsätzliche Attribute des Problembereichs und Verteilung der natürlichen Ressourcen

Nach Bandelow existieren vier allgemeine politische Ziele im Gesundheitswesen: Finanzierbarkeit, Qualität, Solidarität und Wachstum (2006). Sie sind nicht alle gleichzeitig realisierbar, sodass die Akteure immer neue Kompromisse zwischen ihnen finden müssen. Diese Abwägungen ließen sich auch im Subsystem Bedarfssteuerung verfolgen, sie spiegelten sich in den Belief-Systemen der Akteure wider. In welchem Spannungsverhältnis insbesondere Finanzierbarkeit und Wachstum standen, wurde klar, wenn man einerseits einige Kennzahlen über die Kosten des deutschen Gesundheitswesens und andererseits seine Bedeutung für den Arbeitsmarkt betrachtete. Dazu kam noch die Wirkung des demographischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland stiegen allein zwischen 1995 und 2011 von umgerechnet 187 auf 294 Milliarden Euro. Der Anstieg betrug also 107 Milliarden Euro oder 36,3 Prozent. Der ambulante Sektor hat stark zu diesem Anstieg beigetragen, da sein Anteil bis 2007 auf über 49 Prozent der Gesamtausgaben anstieg und dann auf diesem Niveau bis 2011 verharrte (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 14 u. 24).

Abbildung 11: Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 2011 in Millionen Euro

| | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Gesamtausgaben Gesundheit | 187 | 213 | 240 | 246 | 254 | 265 | 279 | 288 | 294 |
| Davon ambulante Einrichtungen | 87,6 | 102 | 117 | 120 | 126 | 132 | 138 | 142 | 144 |
| Anteil amb. Einrichtungen in % | 46,8 | 47,8 | 48,7 | 48,7 | 49,6 | 49,8 | 49,4 | 49,3 | 49,1 |
| Davon Arztpraxen | 26,9 | 30,5 | 34,9 | 36,3 | 38,4 | 40,3 | 42,5 | 43,4 | 44,4 |
| Anteil Arztpraxen an den Gesamtausgaben in % | 14,3 | 14,3 | 14,5 | 14,7 | 15,1 | 15,2 | 15,2 | 15 | 15,1 |

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013a), auf drei Stellen gerundet, eigene Darstellung

Innerhalb des ambulanten Sektors machten auch die Arztpraxen eine ähnliche Entwicklung durch. Ihre Ausgaben stiegen zwischen 1995 und 2011 von 26,9 auf 44,4 Milliarden Euro und ihr Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit nahm bis zum Jahr 2007 zu und hielt sich danach bei etwa 15 Prozent. Da das Bruttoinlandsprodukt in diesem Zeitraum nicht in demselben Ausmaß anstieg, wurde nicht nur absolut, sondern auch relativ mehr Geld für das Gesundheitssystem und darin den ambulanten Sektor ausgegeben. Das drückte sich im gestiegenen Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt aus, ein Trend der in zahlreichen vergleichbar entwickelten Staaten beobachtet werden konnte.

Abbildung 12: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt

| Land | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Deutschland | 9,5 | 9,8 | 10,2 | 10,1 | 10,0 | 10,2 | 11,1 | 11,0 | 10,7 |
| Frankreich | 9,9 | 9,6 | 10,2 | 10,4 | 10,3 | 10,5 | 11,3 | 11,2 | 11,2 |
| Italien | 6,9 | 7,6 | 8,4 | 8,5 | 8,2 | 8,6 | 9,0 | 9,0 | 8,8 |
| Niederlande | 7,3 | 7,7 | 9,1 | 9,1 | 9,1 | 9,3 | 10,0 | 10,2 | 10,2 |
| Schweden | 7,3 | 7,4 | 8,3 | 8,2 | 8,1 | 8,3 | 8,9 | 8,5 | 10,7 |
| USA | 12,5 | 12,5 | 14,6 | 14,7 | 14,9 | 15,3 | 16,3 | 16,4 | 16,4 |
| Vereinigtes Königreich | 5,6 | 6,0 | 7,2 | 7,3 | 7,4 | 7,6 | 8,5 | 8,4 | 8,4 |

Quelle: (OECD s.a.), eigene Darstellung

Auch vor 1995 stand hinter zahlreichen Gesundheitsreformen der Wille, die Kosten zu senken oder zumindest ihr Wachstums-Tempo zu reduzieren und so die Finanzierbarkeit zu gewährleisten. Dies geht beispielsweise aus den Gesetzesbegründungen für das Gesundheitsreformgesetz von 1988 (BT-Drucks. 11/2237, S. 1), das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (BT-Drucks. 12/3608, S. 1) oder das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 (BT-Drucks. 15/1525, S. 1) hervor. Andererseits bot das Gesundheitswesen in der Dimension „Wachstum“ zahlreichen Menschen einen Beruf und damit ein Auskommen. So stieg die Zahl aller Beschäftigten in diesem Sektor allein zwischen 2000 und 2011 von 4,1 auf 4,9 Millionen (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 12). Die Entwicklung der Kosten hing zudem von zwei weiteren Faktoren ab: Dem medizinischen Fortschritt und dem demographischen Wandel. Ersterer umfasst alle Leistungssteigerungen bei Heil- und Hilfsmitteln sowie neue oder

verbesserte Behandlungsmethoden in einem bestimmten Zeitraum. Über diese Definition hinaus, liegt jedoch die Bewertung des medizinischen Fortschritts im Auge des Betrachters. Häufig wird ihm eine ausgabensteigernde Wirkung zugeschrieben (Rürup et al. 2009, S. 30). Dasselbe galt nach Rürup et al. auch für den zweiten Faktor, den demographischen Wandel. Seine ausgabensteigernde Wirkung wurde aus dem zunehmenden Anteil älterer Menschen und den überdurchschnittlich hohen Gesundheitsausgaben für diese geschlossen. So stieg der Anteil der 60 bis 80-jährigen an der Bevölkerung zwischen 1982 und 2011 von 17,46 auf 22,01 Prozent, der der über 80-jährigen von 2,41 auf 4,67 Prozent (Statistisches Bundesamt s.a.). Gleichzeitig betrugen beispielsweise im Jahr 2008 die durchschnittlichen Krankheitskosten für einen 15- bis 29-Jährigen Menschen 1.320 Euro, für einen über 85-jährigen dagegen 14.840 Euro (Nöthen 2011, S. 666). Welche Auswirkung medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel insbesondere im finanziellen Bereich hatten, wurde zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen diskutiert und soll an dieser Stelle nicht weiter bewertet werden. Fest stand aber zumindest, dass beide wichtige Denkfiguren im politischen und ökonomischen Diskurs darstellten.

Für eine Untersuchung der ambulanten Bedarfssteuerung spielte die Verteilung natürlicher Ressourcen dagegen keine Rolle.

Fundamentale soziokulturelle Werte und Sozialstruktur

Die große Mehrheit der Bürger war von den in der Gesundheitspolitik gefällten Entscheidungen betroffen, so dass diese sensibel betrachtet wurde und insbesondere Debatten über die Zukunft des Gesundheitswesens geeignet waren, Unsicherheit in der Bevölkerung auszulösen (Paquet und Schroeder 2009, S. 11). Charakteristisch waren auch die Vertreter verschiedener Gruppen im System, welche in diesem mehr oder weniger kritisch und in Konkurrenz zueinander wirkten. Dazu gehörten unter anderem (Zahn)Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser und MVZ, Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln, Apotheker, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, Länder, politische Parteien sowie Patientenvertreter. Die Widerstandskräfte, die diese Akteure gegen unliebsame Entscheidungen zu mobilisieren vermochten, waren enorm und konnten Reformen verwässern oder gänzlich verhindern. Auch wenn Bedarfssteuerung vor allem von der gemeinsamen Selbstverwaltung durchgeführt wurde und wird, so fand sie doch „*im Schatten des Staates*“ (Scharpf 2006, S. 327–329) statt, der in

Gestalt von Bundestag und Bundesrat einerseits den Großteil dieser Kompetenzen erst verlieh und andererseits durchaus in der Lage war, die Blockadehaltung der oben genannten Gruppen zu durchbrechen. Das beste Beispiel dazu war das Gesundheitsreformgesetz von 1992 (Bandelow 1998, S. 204–211). Zur Sozialstruktur, welche auf das Subsystem einwirkte, gehörte auch die Finanzierung eines Großteils der Gesundheitsausgaben als Umlagesystem über die Lohnnebenkosten zur GKV. Die Bürger wurden also nicht nur als Leistungsberechtigte, sondern auch als Beitragszahler mit dem Gesundheitswesen konfrontiert.

Grundsätzliche verfassungsmäßige Ordnung

Gesundheitspolitik im Allgemeinen und das SGB V im Speziellen fußten auf den Grundrechten, so wie sie im Grundgesetz verankert wurden (Hänlein et al. 2012, S. 38). Für das Subsystem Bedarfssteuerung waren daraus zwei Rechtskomplexe von besonderer Bedeutung: Die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG sowie der Schutz des Eigentums nach Art. 14 GG. Wie noch näher ausgeführt werden wird, wurden besonders zwischen 1982 und 1993 Maßnahmen diskutiert, welche eine temporale oder strukturelle Beschränkung des Zugangs zum Beruf des Vertragsarztes darstellten. Dabei wurde diskutiert, ob ein solcher Eingriff in die Berufsfreiheit verhältnismäßig sei. In den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums wurde dagegen diskutiert, inwiefern Lizenzen zur Behandlung der gesetzlich Versicherten – die sogenannten Arztsitze – aufgekauft werden sollten. Da der Sitz der zugelassenen Ärzte einen Eigentumswert darstellte, war hier die Frage des Schutzes des Eigentums tangiert. Auch das Ziel der Finanzierbarkeit besaß eine legale Komponente: Nach § 12 SGB V mussten die Leistungen der GKV nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich sein. Dahinter stand der Wunsch, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten (Hänlein et al. 2012, S. 124).

5.3 1982-1993: Furcht vor der Ärzteschwemme

Zum Startpunkt der Untersuchung 1982 konnte das Subsystem bereits als gereift bezeichnet werden, da Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor bereits in den 1970er-Jahren diskutiert wurde (vgl. z.B. das KVWG von 1976). 1993 wurde als Endpunkt für den ersten Abschnitt ausgewählt, da in diesem Jahr das GSG sowie die wichtigsten Maßnahmen daraus in Bezug auf die Bedarfssteuerung in Kraft traten: Eine verpflichtende lokale Zulassungsbeschränkung bei

der Überschreitung bestimmter Grenzwerte für einzelne Arztgruppen (BT-Drucks. 12/3608). Wie nun aufgezeigt wird, wurde damit eine Debatte über die angemessene Methode zur Vermeidung von Überversorgung im ambulanten Sektor mit zugelassenen und ermächtigten Ärzten weitgehend beendet. Getrieben wurde der Diskurs von der steigenden Zahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen:

Abbildung 13: Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen 1982 und 1993

| Jahr | Mitglieder der KVen insgesamt |
|------|-------------------------------|
| 1982 | 68.296 |
| 1985 | 73.326 |
| 1988 | 77.446 |
| 1991 | 82.958 |
| 1993 | 115.469 |

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011, S. 10

Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass in der Statistik der KBV die Mitglieder aus den neuen Ländern erst im Jahr 1993 berücksichtigt wurden. Dennoch zeigte sich, dass die Mitgliederzahlen der KVen insgesamt stiegen.

5.3.1 Politisches Programm

In diesem sowie den gleichgearteten Abschnitten 5.4.1 und 5.5.1 wird zunächst die Weiterentwicklung des politischen Programms in der jeweiligen Phase des Untersuchungszeitraums besprochen. Dazu wird zu Beginn dieses Abschnitts die Ausgestaltung der Bedarfssteuerung am 1. Januar 1982 vorgestellt. Danach wird nur noch auf wichtige Neuerungen und Reformen eingegangen.

Kassenarzt-Urteil und Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz als Ausgangspunkt

Zu Beginn des Untersuchungszeitraums war die Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens im Vergleich mit ihrer späteren Gliederung deutlich einfacher aufgebaut.²⁸ Sie war geprägt durch zwei *Ereignisse*: Das Kassenarzt-Urteil vom 23. März 1960 (Bundesverfassungsgericht 1960) sowie das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz

²⁸ Einzelne Anpassungen in nachgeordneten Details, etwa bei der Konkretisierung von Fristen, wurden in dieser Darstellung nicht berücksichtigt und werden auch in den Abschnitten 5.4.1 und 5.5.1 nicht behandelt. Dies gilt auch für Anpassungen an der Zulassungsordnung für Ärzte beziehungsweise der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

(KVWG), welches 1976 erlassen wurde und 1977 in Kraft trat. Im Kassenarzt-Urteil erklärte das Bundesverfassungsgericht die allgemeine Zulassung von Ärzten nur nach Verhältniszahlen für verfassungswidrig. Die Vertreter der damaligen Bundesregierung hatten argumentiert, dass die Tätigkeit als Kassenarzt²⁹ erstens kein eigenständiger Beruf sei, so dass eine Beschränkung hier nicht die Freiheit des Zugangs zum Beruf berühre. Zweitens verglichen sie die Tätigkeit als Kassenarzt mit dem öffentlichen Dienst, der ebenfalls nicht zur Anstellung aller Bewerber verpflichtet sei. Drittens würden sich die Ärzte bei unbeschränkter Zulassung an attraktiven Orten konzentrieren. Dies würde einerseits zunächst zu einem Überangebot und in der Folge zu Konkurrenzkämpfen und dadurch zu einer Gefährdung der finanziellen Leistungsfähigkeit der GKV führen. Andererseits seien dadurch Versorgungslücken an unattraktiven Orten zu erwarten. Verkürzt gesagt, hielten die Richter dem entgegen, dass die Tätigkeit als Kassenarzt nicht mit dem öffentlichen Dienst und seinen Zugangsbeschränkungen vergleichbar sei, da der Kassenarzt kein Dienstnehmer und weder Krankenkassen noch Kassenärztliche Vereinigungen Dienstherren seien. Die Tätigkeit als Kassenarzt sei zwar kein eigener Beruf, allerdings umfasse die GKV eine so große Menge der Bevölkerung, dass die Berufsausübung ohne Kassenzulassung nicht wirtschaftlich erfolgversprechend sei. Dies sei auch nicht durch das Argument eines für Ärzte und Krankenkassen ruinösen Preiskampfs zu rechtfertigen, da bei einer Aufhebung des Zulassungssystems mit einer maximalen Zunahme des Arztvolumens um etwa 12 Prozent zu rechnen sei. Für Versorgungslücken gebe es dagegen verhältnismäßigere Gegenmittel, wie etwa Mindesteinkommen oder Anreize zur Niederlassung.

Das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) zielte dagegen nicht auf Über- sondern auf ärztliche Unterversorgung ab und sollte Benachteiligungen in der Versorgung abbauen (Deutscher Bundestag 1976, S. 17975) . Hier wurde erstmals festgelegt, dass die KVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Bedarfspläne aufzustellen hatten, mit denen eine gleichmäßige ärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung gewährleistet werden sollte (Bundesgesetzblatt Teil I 1976, S. 3871–3872). Den KVen wurde auferlegt, Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu treffen. Sie sollten dabei nicht nur mit „*finanziellen und sonstigen Maßnahmen*“ operieren, sondern

²⁹ Bis zum GSG wurde zwischen Kassen- und Vertragsärzten unterschieden, ehe erstere begrifflich in letzteren aufgingen. Da beide sich in Bezug auf die Bedarfssteuerung nicht unterschieden, wird – soweit für das Verständnis sinnvoll – der Begriff Vertragsarzt verwendet. Die feststehenden Begriffe Kassenärztliche Vereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden allerdings auch weiterhin benutzt.

konnten auch Eigeneinrichtungen³⁰ betreiben (Bundesgesetzblatt Teil I 1976, S. 3874). Zusätzlich wurde in § 368c RVO das Instrument der lokalen und temporären Zulassungsbeschränkungen bei Unterversorgung eingeführt. Dabei wurde die Zulassung in normal versorgten Gebieten eingeschränkt, um drohende oder existierende Unterversorgung zu vermeiden. Auch das Konzept der Bedarfsplanungs-Richtlinien wurde bereits im KVVWG eingeführt. Aufgabe der Landesausschüsse wurde es, einerseits im Konfliktfall über die Bedarfspläne zu entscheiden und andererseits zu überprüfen, ob Unterversorgung vorlag.

Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung und Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung legen Fokus auf Überversorgung

In den 1980er-Jahren lag der Fokus des Gesetzgebers wieder auf drohender und existierender Überversorgung, bedingt durch die hohen Zuwachsraten an jungen Mediziner:innen. Diese führten aus der Sicht zahlreicher Akteure zu einem Konkurrenzkampf und sinkenden Löhnen bei den ambulant tätigen Ärzten sowie zu einem problematischen Kostenanstieg für die GKV. Wie noch aufgezeigt werden wird, wurden hauptsächlich zwei Lösungen des Problems diskutiert: Einerseits eine Verlängerung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte durch eine Praxisphase und andererseits eine direkte Begrenzung des Zugangs. Bei der ersten Maßnahme lag zusätzlich ein Einfluss aus dem Subsystem „Ausbildungsqualität von Ärzten“ vor. Der Erlass des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung 1985 (VGÄB, BT-Drucks. 10/1963) und damit die Einführung des *Arztes im Praktikum* als Vorstufe zur Approbation als Arzt wurde zwar mit dem Bestehen von Mängeln in der praktischen Ausbildung begründet. Im Diskurs über diese Maßnahme sowie über das alternative Hausärzte-Weiterbildungsgesetz der SPD-Fraktion im Bundestag (BT-Drucks. 10/1755) wurde allerdings die zugangsbegrenzende Wirkung einer verpflichtenden Ausbildungsstufe begrüßt oder kritisiert. Aus diesem Grund war sie dem politischen Programm des Subsystems Bedarfssteuerung als Secondary Aspect zuzurechnen.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung (GVkB) von 1986 (BT-Drucks. 10/5630) fokussierte der Gesetzgeber dagegen auf Zulassungssperren, um den Zugang an besonders attraktiven Orten zu drosseln. Darin wurde die Vermeidung von Überversorgung sowie das Erreichen eines ausgewogenen zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen den

³⁰ Eigeneinrichtungen sind Arztpraxen, welche nicht von einem einzelnen Arzt in Freiberuflichkeit geleitet und besessen werden, sondern von einer Organisation, welche zu diesem Zweck einen oder mehrere Ärzte anstellt. Dazu können etwa Krankenkassen, KVen oder auch Kommunen gehören. Der entsprechende Passus wurde in § 386n RVO, später in § 105 (1) SGB V festgehalten.

Arztgruppen erstmals als Ziel der Sicherstellung definiert. Als Grundlage wurde der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, also der Vorgänger des Gemeinsamen Bundesausschusses, beauftragt, Verhältniszahlen für eine ausgewogene und bedarfsgerechte Versorgung zu ermitteln, wobei mindestens 50 Prozent der Planungsbereiche für eine Niederlassung offenbleiben sollten und Überversorgung bei einem überschreiten der Planzahlen um 50 Prozent angesetzt wurde. Als Stichtag für die Ermittlung der Verhältniszahlen wurde der 31. Dezember 1980 bestimmt. Den Landesausschüssen oblag die Prüfung auf Überversorgung. Im Gegensatz zu späteren Versionen der Bedarfssteuerung erfolgte die Prüfung allerdings nur auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder des Landesverbands der Krankenkassen. Im Falle von Überversorgung konnten die Landesausschüsse lokale und zeitlich beschränkte Zulassungssperren anordnen, waren dazu aber nicht verpflichtet. Um den Eigentumswert der niedergelassenen Ärzte zu schützen, wurde allerdings festgelegt, dass bestehende Praxen an Nachfolger auch unter diesen Umständen vererbt oder verkauft werden durften. Zudem wurde die gemeinschaftliche Nutzung einer Praxis zwischen einem etablierten Arzt sowie einem Bewerber um eine Zulassung selbst bei Überversorgung gestattet. Die KVen wiederum durften den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung zur ambulanten Versorgung finanziell fördern.

Verschärfung der Bedarfssteuerung mit dem Gesundheitsreformgesetz sowie dem Gesundheitsstrukturgesetz

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 (Bundesgesetzblatt Teil I 1988, S. 2477–2597) wurden unter anderem die gesetzlichen Bestimmungen zur Bedarfssteuerung aus der RVO in das neue SGB V überführt. Damit einher gingen aber auch Anpassungen der Zulassungsordnung für Ärzte, die dabei in Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV) umbenannt wurde. Die wichtigste war, dass eine Zulassung für Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet hatten, nur noch in Ausnahmefällen möglich war.

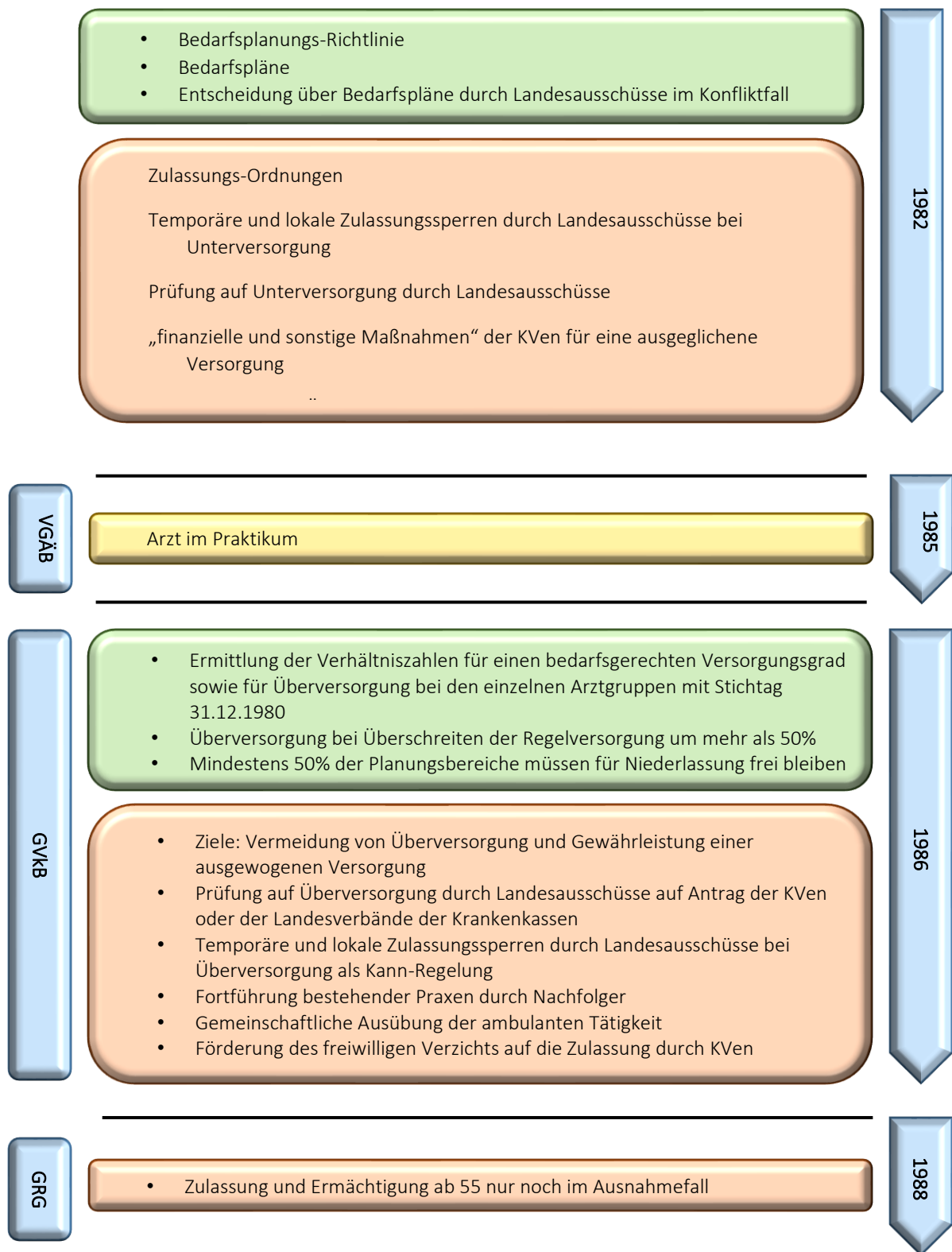
Nochmals verschärft wurde die Bedarfssteuerung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 (Bundesgesetzblatt Teil I 1992, S. 2266–2334). Darin legte der Gesetzgeber fest, dass die Zulassung zur ambulanten Tätigkeit mit dem Ende des 68. Lebensjahres endete, mit Ausnahme von Ärzten, die vor dem 1. Januar 1993 zugelassen, aber noch keine 20 Jahre tätig waren. Diese durften solange tätig bleiben, bis sie die 20-Jahres-Frist überschritten hatten. Die Grenze der Überversorgung wurde von 50 auf zehn Prozent über der Normalversorgung

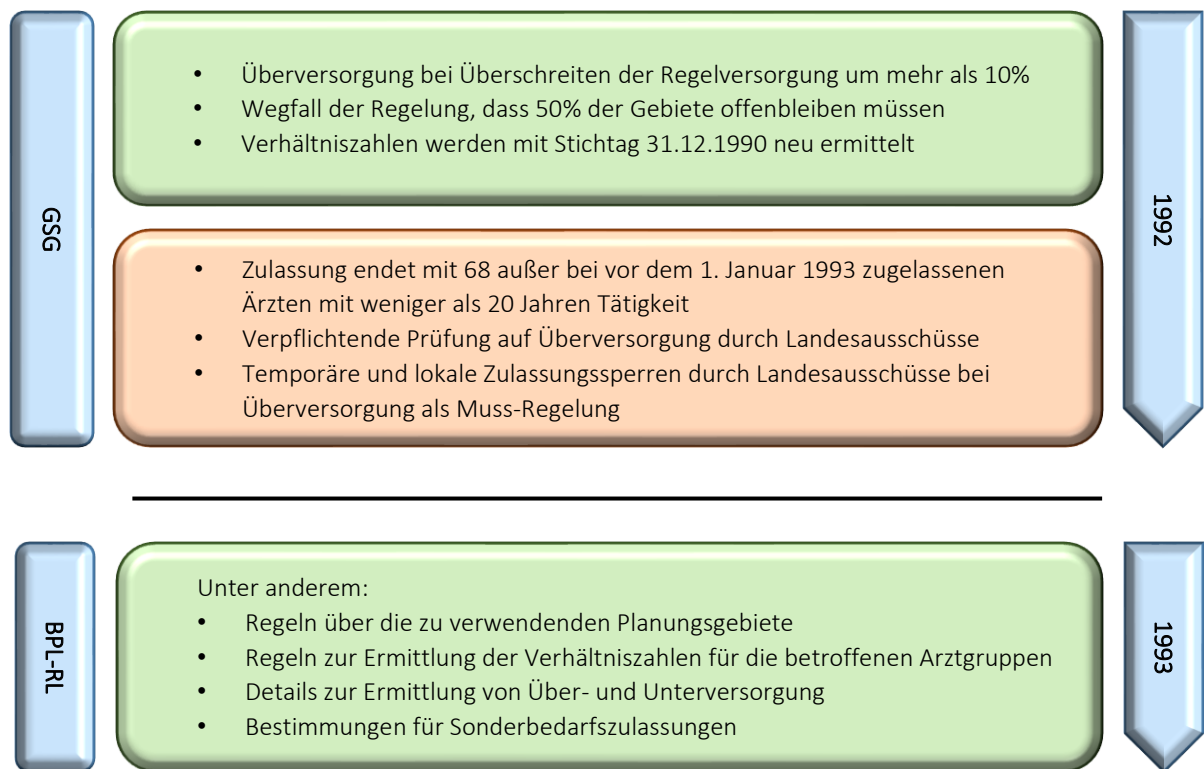
heruntergesetzt. Es entfiel auch die Regelung, dass 50 Prozent der Planungsgebiete für die Zulassung offenbleiben mussten. Zusätzlich wurde als neuer Stichtag für die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung der 31. Dezember 1990 festgelegt. Vorgesehen war auch die Einführung einer allgemeinen Bedarfszulassung ab dem 1. Januar 1999. Da diese aber erst im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 von 1999 verschoben und dann im Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG) von 2006 ganz fallengelassen wurde, ist sie dem politischen Programm nicht zuzurechnen. Die wichtigste Änderung aber war, dass die Landesausschüsse die Existenz von Überversorgung nicht mehr auf Antrag prüfen sollten, sondern gesetzlich dazu verpflichtet waren. Lag Überversorgung vor, so wurde bei der Anordnung von lokalen und temporären Zulassungssperren aus der Kann- eine Muss-Regelung gemacht.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie von 1993

Die Vorgaben des GSG wurden in der Bedarfsplanungs-Richtlinie von 1993 umgesetzt. Dabei wurde insbesondere festgelegt, wie die Planungsgebiete einzuteilen seien, welche Arztgruppen der neuen Bedarfssteuerung unterlagen und wie Über- und Unterversorgung im Detail sowie Sonderbedarfe zu ermitteln seien. Die folgende Abbildung fasst die oben beschriebenen Änderungen zusammen. Aufgezeigt werden soll vor allem, wann welche Details der Bedarfssteuerung eingeführt oder überarbeitet wurden beziehungsweise wegfielen. Nicht dargestellt wurden nachgeordnete Anpassungen, die für das Verständnis des Untersuchungsgegenstandes nicht wichtig sind, beispielsweise Revisionen der Zulassungsordnung für Ärzte. Maßnahmen in Bezug auf die Bedarfsplanung wurden in grün dargestellt, solche zur Sicherstellung in Orange. Inhalte von Gesetzen, die weder der Bedarfsplanung noch der Sicherstellung zuzuordnen waren, aber dennoch Auswirkungen auf das Subsystem hatten, wurden gelb markiert. Die Markierungen für Gesetze am Rand in Blau spiegeln das Datum ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt wider.

Abbildung 14: Wichtige Änderungen in der Bedarfssteuerung zwischen 1982 und 1993





Quelle: Eigene Darstellung

5.3.2 Beliefs, Theorien und Methoden

In diesem Abschnitt werden zunächst Beliefs vorgestellt und erklärt, die in der ersten Phase wichtig waren. Um angesichts von deren Menge einen leichteren Überblick über die wichtigsten Fragestellungen im Subsystem verschaffen zu können und um nicht laufend auf eine größere Menge einzelner Beliefs referenzieren zu müssen, wurden diese anschließend zu Theorien und Methoden gruppiert.

Supra-Subsystem-Ebene

Sowohl Deep Core Beliefs als auch übergeordnete Beliefs spielten in der ersten Phase nur eine geringe Rolle im veröffentlichten Diskurs. Diese Einschätzung rührt zum einen daher, dass zwischen 1982 und 1993 lediglich zwei beziehungsweise 14 Beliefs auf dieser Ebene erfasst werden konnten. Eindeutig der Deep Core-Ebene zugerechnet werden konnten dabei nur die Beliefs „*Berufsfreiheit ist ein Grundrecht*“ und „*Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben*“. Alle übrigen Beliefs wirkten zwar gemäß der Definition aus Abschnitt 3.3.1 als übergeordnete Beliefs von außen auf das Subsystem ein, besaßen aber nicht die von Sabatier und Jenkins-Smith verlangte Reichweite der Deep Core Beliefs über viele

Subsysteme hinweg (1999, S. 133). Zu ihnen gehörte beispielsweise der Wunsch nach einer allgemeinen Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Abbildung 15: Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs 1982-1993

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Art | Vol. pro Fraktion ⁴ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|---|
| Berufsfreiheit ist ein Grundrecht | 467 | 6 | 5 | Deep Core Belief | FDP (3), MB (3) |
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 471 | 4 | 4 | Deep Core Belief | ÄK (1), CDU (1), KK (1), KV (1) |
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | 130 | 172 | 59 | überg. Belief | CDU (28), CSU (8), FDP (15), KK (59), KV (2), PV (1), SPD (34), VW (8), WS (17) |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 21 | 16 | überg. Belief | ÄK (5), FDP (1), KK (3), KV (6), SPD (1), WS (5) |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 23 | 11 | überg. Belief | ÄK (8), ÄV (1), CSU (2), FDP (5), KV (4), MB (3) |
| Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin | 131 | 26 | 19 | überg. Belief | CDU (2), CSU (2), FDP (2), JO (3), KK (11), SPD (4), WS (2) |
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 25 | 12 | überg. Belief | ÄK (4), ÄV (1), CDU (4), FDP (2), GR (2), KV (1), MB (10), VW (1) |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 13 | 8 | überg. Belief | ÄK (2), CDU (1), FDP (2), KV (6), MB (2) |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 10 | 10 | überg. Belief | ÄK (1), CDU (2), KK (3), KV (1), MB (2), VW (1) |
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 459 | 7 | 7 | überg. Belief | JO (1), KK (4), SPD (1), WS (1) |
| Es sollte keine Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 460 | 2 | 1 | überg. Belief | ÄK (2) |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 4 | 4 | überg. Belief | ÄK (1), ÄV (1), KK (1), KV (1) |

| | | | | | |
|--|-----|---|---|------------------|----------------|
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 4 | 3 | überg. Belief | ÄK (2), KV (2) |
| Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut | 521 | 3 | 3 | überg. Belief | KV (3) |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 2 | 2 | überg. Belief | KV (2) |
| Ein gewisses Maß an Ungleichheit in der ambulanten Versorgung ist hinnehmbar | 472 | 1 | 1 | überg. Belief | KV (1) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Belief-Volumen pro Fraktion

Bis auf den übergeordneten Belief „Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen“ wurden sie zudem nur selten geäußert. Dieser Belief nahm allerdings sowohl bei der Häufigkeit seiner Nennung als auch bei der Anzahl der Akteure, welche ihn äußerten, den zweiten Platz ein. Wie im nächsten Abschnitt im Detail gezeigt werden wird, war er einer der den Diskurs in der ersten Phase prägenden Beliefs. Die obige Liste zeigt einerseits, dass nicht alle Beliefs der supra-Subsystem-Ebene grundlegende Wünsche oder Ziele für das politische Programm enthielten. Manche Beliefs, wie etwa „Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit“ waren stattdessen Aussagen über den Zustand eines Parameters, der auf das Subsystem einwirkte. Andererseits ist die Übersicht geeignet, die Verteilung der Beliefs auf die vier allgemeinen politischen Ziele (vgl. Abschnitt 5.2) zu demonstrieren. Sowohl Finanzierbarkeit als auch Qualität, Solidarität und Wachstum wurden gefordert.

Policy Core Beliefs

Unter Berücksichtigung der von Sabatier und Jenkins-Smith genannten Kriterien für die Bestimmung der drei Ebenen des Belief-Systems sowie der in den Abschnitten 4.3.3 und 5.1.4 aufgestellten Regeln und Kategorien, konnten 15 Policy Core Beliefs mitsamt den sie tragenden Fraktionen ermittelt werden:

Abbildung 16: Policy Core Beliefs 1982-1993

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 129 | 114 | 55 | ÄK (2), CDU (8), CSU (5), FDP (5), JO (1), KK (35), KV (6), PV (1), SPD (31), VW (5), WS (15) |

| | | | | |
|---|-----|----|----|---|
| Überversorgung sollte vermieden werden | 113 | 91 | 42 | ÄK (7), ÄV (1), CDU (15), CSU (4), FDP (3), KK (25), KV (15), MB (3), SPD (12), VW (4), WS (2) |
| Es droht allgemein Überversorgung | 111 | 78 | 38 | ÄK (10), ÄV (1), CDU (8), CSU (3), JO (11), KK (12), KV (21), MB (4), SPD (5), VW (2), WS (1) |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 443 | 77 | 45 | ÄK (1), CDU (9), CSU (1), FDP (4), KK (23), KV (16), SPD (16), VW (2), WS (5) |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 453 | 70 | 31 | CDU (18), CSU (3), KK (18), KV (12), SPD (13), VW (3), WS (3) |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 109 | 58 | 33 | ÄK (2), CDU (4), CSU (1), FDP (1), JO (3), KK (27), KV (2), MB (1), PV (1), SPD (5), VW (3), WS (8) |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | 449 | 46 | 22 | ÄV (1), CDU (14), CSU (1), FDP (1), KK (7), KV (12), SPD (3), VW (5), WS (2) |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 452 | 41 | 23 | ÄK (7), ÄV (3), CDU (7), FDP (1), KV (8), MB (7), SPD (1), VW (4), WS (3) |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 101 | 37 | 24 | ÄK (8), CDU (4), CSU (1), JO (3), KK (7), KV (5), MB (4), SPD (3), VW (1), WS (1) |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 105 | 34 | 28 | ÄK (1), CDU (5), FDP (1), JO (1), KK (9), KV (5), SPD (3), VW (4), WS (5) |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 34 | 22 | ÄV (1), CDU (6), CSU (3), KK (7), KV (6), SPD (10), WS (1) |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 454 | 33 | 17 | ÄK (8), ÄV (3), CDU (3), CSU (1), FDP (3), GR (3), KV (1), MB (11) |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 103 | 31 | 21 | ÄK (2), ÄV (1), CDU (7), CSU (1), FDP (1), KK (3), KV (12), MB (1), SPD (2), VW (1) |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 448 | 30 | 14 | ÄK (8), ÄV (1), CDU (2), CSU (1), FDP (3), GR (4), KV (2), MB (9) |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 451 | 28 | 18 | CDU (1), CSU (2), KK (19), SPD (6) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Es zeigte sich, dass *Überversorgung* als Problem den Diskurs auf der Ebene der Policy Core Beliefs in der ersten Phase dominierte. Das galt sowohl für die Zahl der Beliefs, die sich mit diesem Aspekt beschäftigten, als auch für die Volumina, die diese Beliefs besaßen.

Überversorgung drohte oder existierte in dieser Wahrnehmung an bestimmten Orten oder im Allgemeinen und wurde als kostentreibend empfunden. Bis zur Einführung der Verhältniszahlen für einen ersten Teil der Arztgruppen 1992 war damit kein statistisches Ergebnis gemeint, sondern eine Abschätzung, die in Hinblick auf die finanziellen Folgen für die GKV und die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit des einzelnen Arztes im Kampf um Patienten getroffen wurde. Überversorgung bestimmte auch den Diskurs um das politische Programm, da alle wesentlichen Maßnahmen sich nur um das Für und Wider von Zulassungssperren verschiedener Art drehten. Auf einige Begriffe muss noch gesondert eingegangen werden. Dem Begriff *Ärztenschwemme* fehlte es an Bestimmtheit. Er konnte nicht nur drohende oder existierende Überversorgung unter den bereits niedergelassenen Ärzten bezeichnen, sondern auch eine übermäßige Produktion von medizinischem Nachwuchs bedeuten. Was ein Individuum damit meinte, hing also davon ab, in welchem Kontext, insbesondere mit welchen anderen Beliefs er den Begriff verwendete. Unter *Fehlverteilungen* verstanden die Akteure in der ersten Phase in der Regel die Existenz von Überversorgung an bestimmten Orten, während andere normalversorgt waren, also weder über zu viele, noch zu wenige Ärzte verfügten. Hier wie auch in den späteren Phasen zeigte sich, dass alle Policy Core Beliefs dieses Subsystems empirischer Natur waren und darin zu einem größeren Teil den Policy Core Policy Preferences (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 191) zugerechnet werden konnten.

Secondary Aspects

Auch auf der Ebene der Secondary Aspects überwogen Beliefs, welche die zunehmenden Arztzahlen sowie die sich daraus ergebenden Probleme beinhalteten. Da an dieser Stelle nicht alle 191 Secondary Aspects der ersten Phase dargestellt werden konnten, wurden diese in mehrere Themen-Komplexe gruppiert. Die folgende Darstellung enthält die volumenstärksten Beispiel-Beliefs für jede Gruppe aus diesem Abschnitt des Untersuchungszeitraums.

Abbildung 17: Wichtige Secondary Aspects 1982-1993

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| Überversorgung, Zu- und Abnahmen einzelner Arztgruppen und insgesamt | | | | |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 191 | 67 | ÄK (12), CDU (11), CSU (3), FDP (5), GR (1), JO (16), KK (54), KV (35), MB (4), PV (1), SPD (23), VW (7), WS (19) |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 524 | 83 | 37 | ÄK (4), CDU (7), CSU (2), FDP (1), KK (32), KV (15), MB (3), SPD (6), VW (3), WS (10) |
| Es wachsen hauptsächlich spezialisierte Arztgruppen | 525 | 19 | 13 | JO (2), KK (14), KV (1), SPD (1), WS (1) |
| Der Saldo aus Medizinabsolventen und Abgängern ist positiv | 419 | 12 | 7 | JO (2), KV (10) |
| Die Zahl der Nervenärzte/Neurologen/Psychiater nahm zuletzt zu | 261 | 12 | 9 | CDU (1), JO (4), KK (3), KV (4) |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 10 | 8 | ÄK (1), CDU (1), JO (1), KK (5), KV (1), VW (1) |
| Ärztlicher Nachwuchs | | | | |
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 432 | 83 | 36 | ÄK (13), ÄV (4), CDU (7), CSU (1), FDP (1), JO (2), KK (24), KV (12), MB (8), SPD (1), VW (2), WS (8) |
| Es werden zu viele Ärzte ausgebildet | 434 | 57 | 29 | ÄK (12), ÄV (1), CDU (3), CSU (1), FDP (1), KK (16), KV (9), MB (8), SPD (1), WS (5) |
| Die Zahl der Medizinstudenten nahm zuletzt zu | 410 | 16 | 13 | ÄK (3), CDU (2), JO (3), KK (3), KV (1), MB (3), SPD (1) |
| Die Zahl der Medizinabsolventen nahm zuletzt zu | 418 | 17 | 14 | ÄK (2), CDU (1), KK (3), KV (2), MB (3), SPD (6) |
| Die Zahl der jungen Ärzte nahm in den letzten Jahren zu | 417 | 10 | 8 | ÄK (1), JO (4), KK (1), KV (3), MB (1) |
| Folgen der Zulassungswelle für bereits niedergelassene Ärzte | | | | |
| In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf | 126 | 56 | 40 | ÄK (3), CDU (5), CSU (2), FDP (3), GR (1), JO (2), KK (15), KV (10), SPD (4), VW (3), WS (8) |
| Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare | 127 | 42 | 28 | ÄK (1), CSU (1), FDP (4), JO (1), KK (6), KV (11), SPD (3), VW (1), WS (14) |
| Kostenfaktoren des ambulanten Sektors | | | | |

| | | | | |
|--|-----|----|----|--|
| Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben | 631 | 41 | 29 | CDU (6), CSU (2), FDP (2), JO (2), KK (10), SPD (11), VW (2), WS (6) |
| Zulassungshindernisse | | | | |
| Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 155 | 31 | 21 | CSU (1), FDP (1), KK (1), MB (1), SPD (21), WS (6) |
| Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 156 | 23 | 11 | ÄK (6), ÄV (1), CDU (2), CSU (2), FDP (7), KV (4), VW (1) |
| Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte | 455 | 25 | 14 | ÄK (5), CDU (1), CSU (1), FDP (1), GR (3), JO (1), KV (1), MB (9), SPD (1), WS (2) |
| Drohende Überversorgung sollte durch Weiterbildungsmaßnahmen abgefedert werden | 160 | 17 | 11 | CDU (2), JO (1), KK (12), KV (2) |
| Zulassungsbeschränkungen sind verfassungskonform | 468 | 17 | 13 | CDU (3), CSU (1), KK (2), KV (1), SPD (1), VW (3), WS (6) |
| Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein | 159 | 15 | 10 | ÄK (2), ÄV (1), CDU (6), FDP (1), JO (1), MB (1), VW (3) |
| Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit | 466 | 11 | 11 | ÄK (1), ÄV (1), CDU (2), CSU (1), FDP (2), JO (1), KV (1), MB (2) |
| Arbeitslosigkeit unter Ärzten | | | | |
| Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 137 | 29 | 15 | ÄK (5), ÄV (1), CDU (3), JO (5), KV (2), MB (10), SPD (3) |
| Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 135 | 21 | 11 | ÄK (4), CSU (1), JO (1), KV (2), MB (8), SPD (2), WS (3) |
| Öffentliche Meinung der Ärzte | | | | |
| Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte | 644 | 18 | 13 | ÄK (3), ÄV (1), CDU (2), CSU (1), FDP (1), JO (2), KK (1), KV (2), MB (4), WS (1) |
| Rolle der Akteure | | | | |
| Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen | 705 | 18 | 14 | ÄK (5), CDU (2), KK (6), KV (3), MB (1), WS (1) |
| Organisation der Bedarfssteuerung | | | | |
| Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben | 701 | 14 | 12 | SPD (14) |
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 487 | 13 | 12 | SPD (13) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Auch auf dieser Ebene berichteten die Akteure also einerseits von Zunahmen bei allen Parametern – bei Medizinstudenten und -absolventen, bei den verschiedenen Arztgruppen und bei der Zahl der arbeitslosen Ärzte. Andererseits schlugen sie unterschiedliche, auch sich widersprechende Konzepte vor, wie mit diesen Zunahmen umgegangen werden sollte.

Theorien und Methoden

In der Untersuchung stellte sich heraus, dass bestimmte Beliefs thematische Ähnlichkeiten aufwiesen. Diese waren nicht zwangsläufig auf eine Belief-Ebene beschränkt, sondern konnten über aller drei Ebenen beobachtet werden. Um diese Zusammenhänge aufzeigen zu können und um nicht in jeder Situation alle vertretenen Beliefs aufzählen zu müssen, wurden daher Beliefs, welche den generellen Zustand des Subsystems beschrieben oder allgemeine Präferenzen für politische Instrumente ausdrückten, als *Theorien* zusammengefasst. Eine Theorie umfasste mindestens zwei Beliefs, welche logisch zueinander passten. Ein Beispiel dafür war die Kombination des Policy Core Beliefs „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ und des Secondary Aspects „*Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem*“. Ebenso wurde für Beliefs verfahren, die praktische Handlungsanleitungen für die Bedarfssteuerung enthielten, sie wurden als *Methoden* bezeichnet. *Methoden* waren die Maßnahmen, die zur Umsetzung der Theorien genutzt wurden, etwa die Beliefs „*Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben*“ und „*Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben*“ in der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*. Es wurden keine wissenschaftlichen Kriterien an Theorien und Methoden angelegt, da damit kein Urteil über ihre Qualitäten gefällt werden sollte. Stattdessen dienten sie nur als Gruppierungsinstrumente. Bei den Policy Core Beliefs, die in den Methoden referenziert wurden, handelte es sich um Policy Core Policy Preferences. Wenn ein Individuum oder mehrere Akteure mit ähnlichem institutionellem Hintergrund mindestens einen dieser Beliefs referenzierten, wurde davon gesprochen, dass er oder sie die Theorie beziehungsweise die Methodik vertraten. Wenn Akteure nur wenige oder unbedeutende Beliefs einer Theorie oder einer Methodik äußerten, wurde dies entsprechend erwähnt. Theorien und Methoden waren besonders für die Untersuchung der Beispiel-Akteure in Abschnitt 5.7 wichtig. Sie wurden bei der Analyse der Variablen *selektive Wahrnehmung* und *analytischer Zugang* genutzt, um nicht für jedes Individuum alle vertretenen beziehungsweise nicht vertretenen Beliefs auflisten zu müssen. Ein solches Vorgehen erwies sich dagegen im Bereich der empirischen Daten über den Zustand des

Subsystems als ungeeignet. Die entsprechenden Beliefs, etwa über Arbeitslosigkeit oder Zu- und Abnahmen bei einzelnen Arztgruppen, wiesen so wenige Häufungen auf, dass feste Zusammenfassungen, über die in Abbildung 17 vorgestellten Kategorien hinaus, nur selten sinnvoll einsetzbar gewesen wären. Derartige Parameter wurden als empirische Daten bezeichnet, sie werden *ad hoc* bei der Beschreibung der Kollektive und der Beispiel-Akteure vorgestellt. Auch wurden nicht alle Beliefs im theoretischen und methodischen Bereich gruppiert, sondern nur diejenigen, die wichtig waren, um den Charakter der Kollektive zu erklären oder die besonders von den Beispiel-Akteuren vertreten wurden. Zudem werden wichtige Beliefs, die keiner Theorie oder Methode zugeordnet werden konnten, einzeln zitiert. An dieser Stelle werden nun die Theorien und Methoden vorgestellt, welche während der ersten Phase des Untersuchungszeitraums den Diskurs prägten.

Konkurrenzkampf-Theorie: Dabei handelte es sich um Beliefs, mit denen zum Ausdruck gebracht wurde, dass bei einer fortgesetzten Zunahme der Arztzahlen ein Konkurrenzkampf unter den Ärzten ausbreche, der diese ruinieren werde.

- In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf (126)
- Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare (127)
- Durch Überversorgung droht die Schließung von Arztpraxen (139)

Kosten-Theorie: Anhänger der *Kosten-Theorie* betonten die Kosten, die durch Überversorgung im ambulanten Sektor für die Beitragszahler in der GKV verursacht wurden. Besonders wichtig war für diese Akteure der Zusammenhang zwischen der Menge der Ärzte und dem Ausgaben-Volumen. Ärztliche Anordnungen und Entscheidungen lösten aus ihrer Sicht einen hohen Prozentsatz der Kosten in diesem Sektor aus. Zudem unterstellten sie den Ärzten, das Leistungsgeschehen und damit ihre Einkünfte unbegründet auszuweiten (sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage).

- Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten (129)
- Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen (130)
- Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin (131)
- Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben (631)

Theorie der Zulassungsbeschränkung: Vertreter dieser Theorie plädierten dafür, den Zugang zum ambulanten Sektor zu drosseln und dazu eine verpflichtende Bedarfssteuerung einzuführen.

- Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden (443)
- Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert (447)
- Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben (453)

Theorie des freien Zugangs: Diese Beliefs drückten die generelle Ablehnung von Maßnahmen aus, die dazu führten, dass Medizinstudenten oder -absolventen für eine gewisse Zeit oder gar nicht den Weg in die ambulante Versorgung antreten konnten.

- Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen (161)
- Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert (448)
- Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben (454)
- Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte (455)
- Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit (466)
- Berufsfreiheit ist ein Grundrecht (467)
- Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform (469)
- Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten (473)

Überschuss-Theorie: Damit wurde ausgedrückt, dass es zu viele Medizinstudenten gebe und dass deren Zahl gesenkt werden müsse.

- Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden (432)
- Es werden zu viele Ärzte ausgebildet (434)

Überversorgungs-Theorie: Mit diesem Begriff wurden Beliefs zusammengefasst, in denen von Überversorgung in unterschiedlichem Ausmaß ausgegangen wurde, welche verhindert werden sollte. Dies reichte von der minimalen Anerkennung von Überversorgung an bestimmten Orten in Bezug auf die Vorgaben der Bedarfsplanung bis hin zu der Annahme, dass es allgemein zu viele Ärzte gebe und zu wenig zu deren Abbau unternommen werde.

- Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart (Laufnummer 101)

- Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten (103)
- Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung (105)
- Es droht an bestimmten Orten Überversorgung (107)
- Es gibt allgemein Überversorgung (109)
- Es droht allgemein Überversorgung (111)
- Überversorgung nimmt zu (114)
- Es wird zu wenig gegen Überversorgung unternommen (115)
- Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen (117)
- Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem (524)

Überversorgungs-Reduktions-Methodik: Hiermit wurden verschiedene Maßnahmen bezeichnet, mit denen drohende oder bestehende Überversorgung vermieden werden sollte.

- Überversorgung sollte vermieden werden (113)
- Es sollte weniger Ärzte geben (116)
- Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben (150)
- Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben (155)
- Drohende Überversorgung sollte durch Weiterbildungsmaßnahmen abgedeckt werden (160)
- Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben (449)
- Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben (451)
- Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben (459)
- Zulassungsbeschränkungen sind verfassungskonform (468)

Methodik des freien Zugangs: Diese Methodik war eng mit der *Theorie des freien Zugangs* verbunden. Sie umfasste Beliefs, in denen einzelne Maßnahmen zur Drosselung des Zugangs verworfen und Alternativen dazu vorgeschlagen wurden.

- Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben (156)
- Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben (162)

- Ärzte, die keinen Arbeitsplatz finden, sollten in anderen Berufen des Gesundheitswesens arbeiten (165)
- Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden (166)
- Durch Dauerassistenten sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden (167)
- Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden (168)
- Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden (441)
- Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben (450)
- Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben (452)

Anreiz-Methodik: Dies war ein Sammelbegriff für alle Maßnahmen, bei denen ein Akteur in der Bedarfssteuerung mit Hilfe von Geld oder organisatorischen Begünstigungen zu einem bestimmten Verhalten animiert werden sollte. Welche Maßnahmen anzuwenden waren, hing vom jeweiligen übergeordneten Ziel ab.

- Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte gefördert werden (158)
- Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein (159)

Zusammenfassung

Überversorgung und die Kosten der GKV spielten die größte Rolle im Subsystem auf allen drei Belief-Ebenen während der ersten Phase. Die zweite Thematik stellte einen Ausschnitt aus der allgemeinen Debatte über die „Kostenexplosion“ der GKV dar, die in dieser Zeit geführt wurde und alle Aspekte des Gesundheitswesens umfasste (Bandelow 1998, S. 187–211). Es handelte sich also um einen starken Einfluss aus einem übergeordneten Subsystem, der allerdings weniger den Charakter eines zeitlich begrenzten Ereignisses besaß, als den als eines Dauerzustandes mit wechselnder Intensität. Es fiel zudem auf, dass Policy Core Beliefs beim durchschnittlichen Belief-Volumen überrepräsentiert waren.

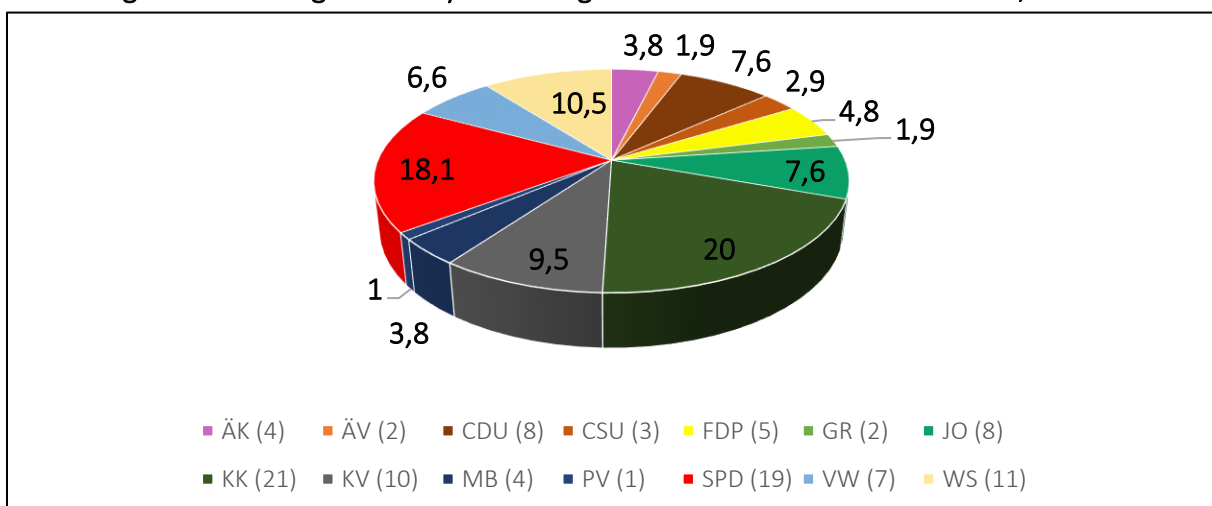
5.3.3 Akteure und Diskurs-Kollektive

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die Akteure, ihre institutionellen Hintergründe sowie die Kollektive der ersten Phase des Untersuchungszeitraums vermittelt.

Akteure

Zwischen 1982 und 1993 wurden 105 individuelle Akteure inklusive ihres institutionellen Hintergrundes erfasst und einer der in Abschnitt 5.1.4 definierten Fraktionen zugeordnet. Jeder Akteur wurde nur einer Fraktion zugeordnet. Es gab allerdings zahlreiche Akteure, die Mitglied in mehreren Organisationen waren oder zwischen diesen wechselten. Wie bereits erwähnt, besaß die Beschreibung der Zusammensetzung der Kollektive also nur einen Charakter zur Tendenz, wenn sie auf der Basis der Zuordnung der Akteure zu den Fraktionen erfolgte. Mit diesem Vorgehen sollte als erstes geklärt werden, welche Fraktionen besonders viele Mitglieder im Subsystem stellten. Dabei fiel auf, dass in der ersten Phase vor allem Vertreter der Krankenkassen, der SPD der KVen sowie Wissenschaftler am Subsystem teilnahmen (Fraktionen KK, SPD und WS). Dagegen konnten in diesem Zeitraum keine Statements von Akteuren mit Bezug zu den Fraktionen DL³¹ und KH im Subsystem erfasst werden.

Abbildung 18: Verteilung der Subsystem-Mitglieder nach Fraktionen in Prozent, 1982-1993

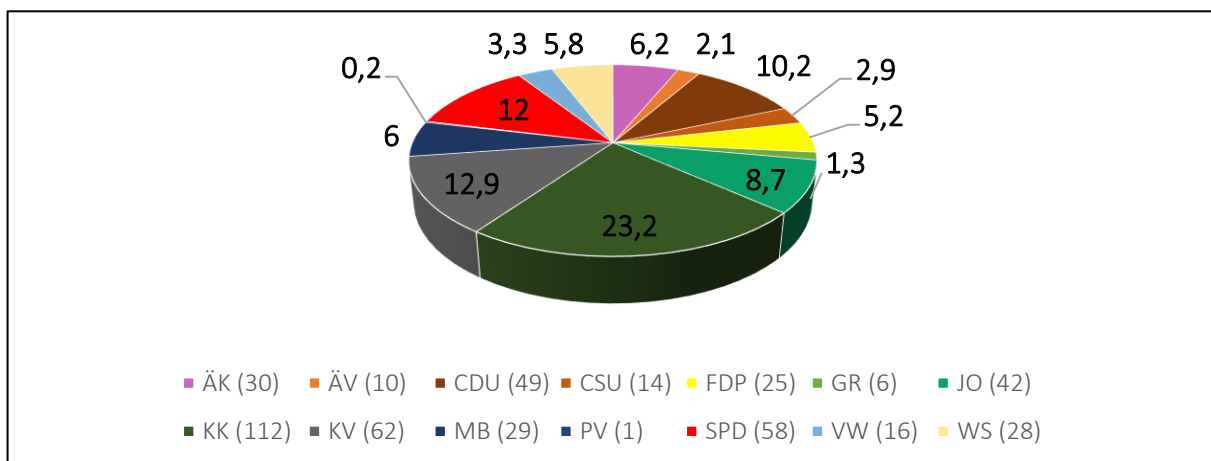


Quelle: Datenbank

Als nächstes wurde überprüft, welchen Anteil die Fraktionen an der Gesamtheit der Statements besaßen. Hier zeigte sich, dass die Vertreter weniger Organisationen den Diskurs noch stärker beherrschten, als dies aus ihrer reinen Anzahl hervorgegangen wäre. Neben Vertretern der Krankenkassen, der KVen sowie der CDU waren dies vor allem Akteure mit Verbindung zu den Ärztekammern sowie dem Marburger Bund. Obwohl immer noch stark im Diskurs vertreten, war der Anteil von Vertretern der SPD am Diskurs-Volumen dagegen geringer als ihr Anteil an der Gesamtheit aller Akteure.

³¹ In diesem Fall muss allerdings berücksichtigt werden, dass die PDS erst mit der Bundestagswahl 1990 in den Bundestag einzog.

Abbildung 19: Prozentualer Anteil an der Summe der Statements pro Fraktion, 1982-1993



Quelle: Datenbank, Gesamtsumme der Statements: 482

Einflussreiche Akteure

Nach den Überlegungen aus Abschnitt 4.3.2 konnten in der ersten Phase elf einflussreiche Akteure identifiziert werden. Darunter befanden sich die Minister Blüm und Seehofer (vgl. Akteursnummern 706 und 463) sowie die Bundestagsabgeordneten Becker, Cronenberg, Faltlhauser, Schwaetzer und Thomae (545, 169, 592, 486, 168). Auch wenn die Akteure Egert, Heinemann, Kirschner und Pfaff (532, 417, 577, 657) der SPD und damit der Opposition angehörten, so waren sie als Bundestagsabgeordnete dennoch an der Gesetzgebung auf Bundesebene beteiligt. Gerade das GSG wurde auch von der Fraktion der SPD mitgestaltet und getragen und zeigte damit exemplarisch den Einfluss ihrer Abgeordneten. Allerdings waren nicht alle Akteure gleichzeitig Amts- oder Mandatsträger, so dass der ihnen daraus erwachsene Einfluss nur während ihrer entsprechenden Tätigkeiten wirkte.

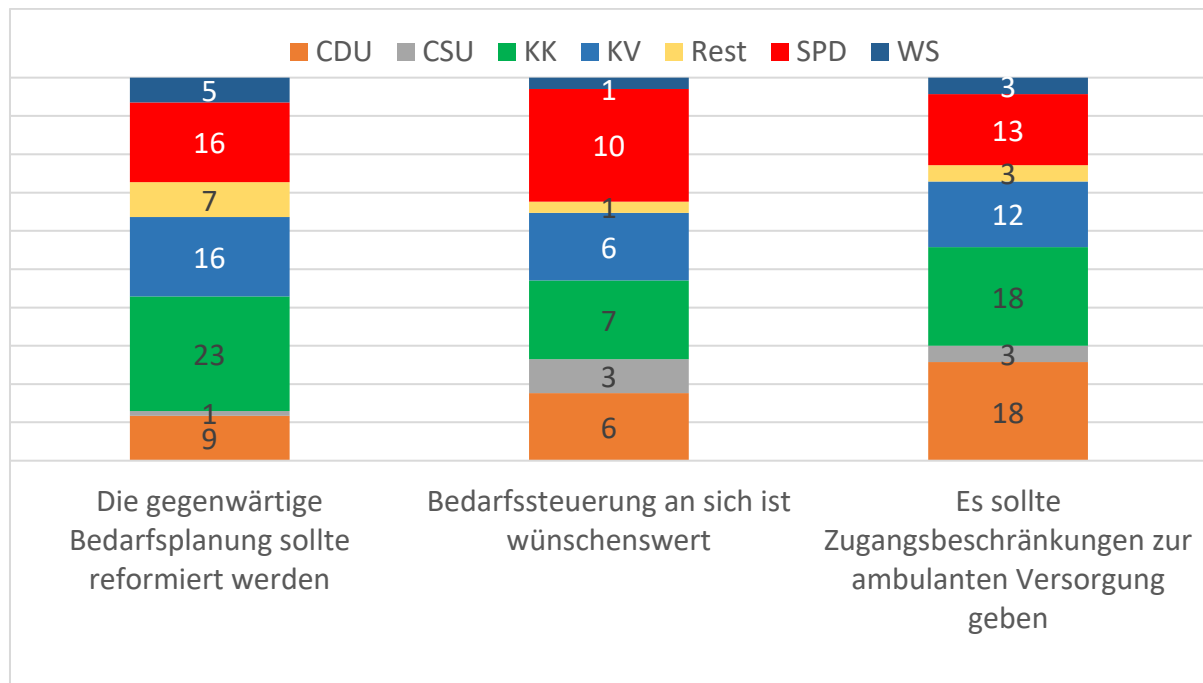
Diskurs-Kollektive und öffentliche Meinung

Die Einteilung der Diskurs-Kollektive erfolgte anhand der Verteilung der Akteure auf gegensätzliche Policy Core Beliefs. Das eine von zwei Gegensatz-Paaren bildeten dabei drei Policy Core Beliefs, die in der *Theorie der Zulassungsbeschränkung* zusammengefasst wurden:

- Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden (443)
- Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert (447)
- Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben (453)

Diese Theorie wurde vor allem von Politikern der CDU, CSU und SPD, Wissenschaftlern sowie von Vertretern der KVen und der Krankenkassen vertreten.

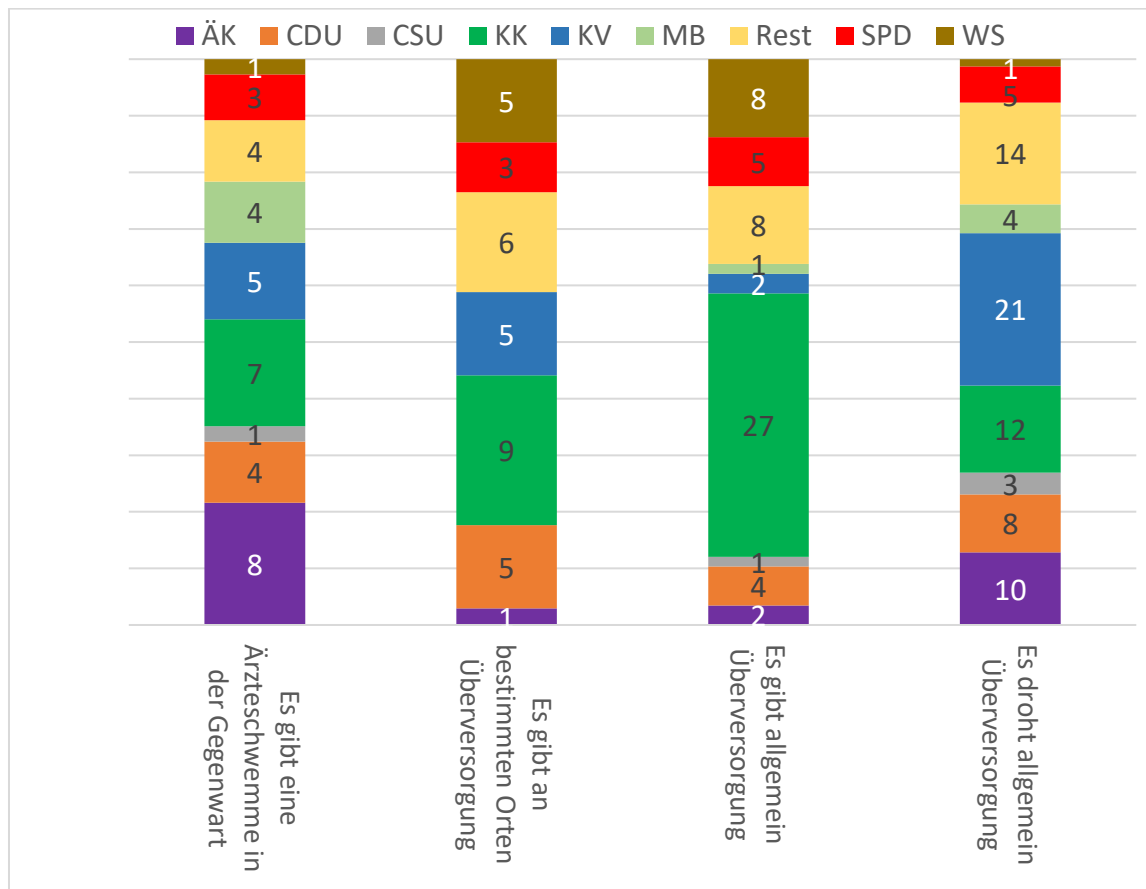
Abbildung 20: Verteilung der Beliefs der Theorie der Zulassungsbeschränkung



Quelle: Datenbank

Dazu kamen einzelne Journalisten und Mitglieder der öffentlichen Verwaltung. Sie bildeten gemeinsam das *Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen*. Ähnlich wie bei der Untersuchung von Larsen, Vrangbæk und Traulsen (2006), bestanden auch in diesem Subsystem die Kollektive aus einem harten Kern mit weichen Rändern. Die Haupt-Mitglieder des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen vertraten vor allem die Krankenkassen, die KVen sowie die SPD. Daneben gab es allerdings auch zahlreiche Hilfs-Mitglieder, die zwar den Wunsch nach einer Drosselung des Zugangs zur ambulanten Versorgung vertraten, aber sich trotzdem um die jungen Ärzte und die Berufsfreiheit sorgten. Dies galt insbesondere für Mitglieder von CDU und CSU. Über die *Theorie der Zulassungsbeschränkung* hinaus, vertraten die Mitglieder dieses Kollektivs unterschiedliche, teilweise auch gegensätzliche Beliefs. So hingen einige Fraktionen der *Übersorgungs-Theorie* an und warnten vor lokal existierender sowie allgemein drohender Übersorgung und einer Ärzteschwemme (vgl. 101; 105 und 111). Allerdings konstatierten Akteure mit Verbindung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie CDU und CSU *existierende* allgemeine Übersorgung selten oder gar nicht (vgl. 109).

Abbildung 21: Verteilung der Beliefs der Überversorgungs-Theorie (Auswahl)



Quelle: Datenbank

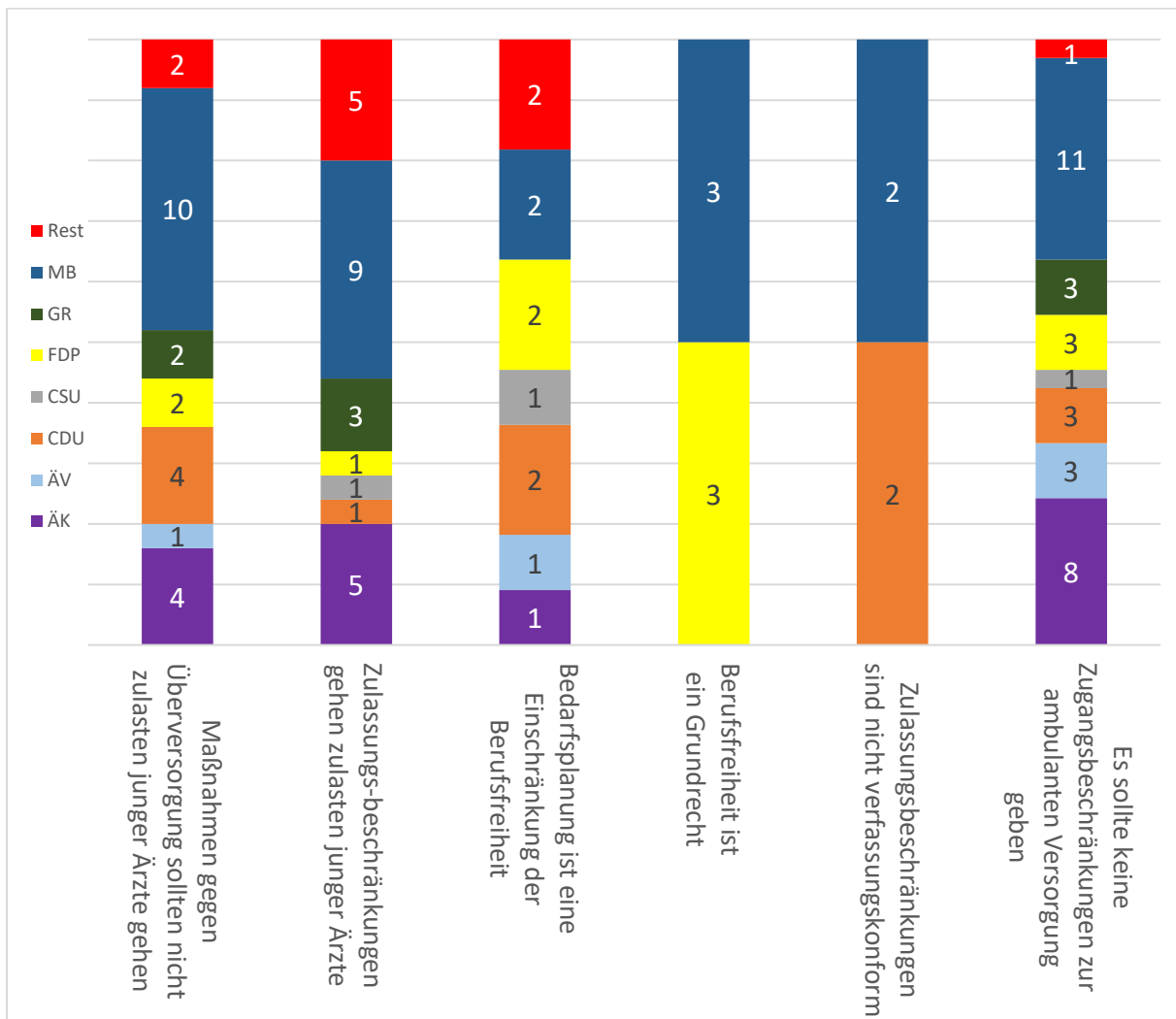
Diese Individuen bevorzugten im Rahmen der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* zudem lokale und temporär begrenzte Zulassungssperren und lehnten eine allgemeine Bedarfs-Zulassung ab (vgl. 449 und 452). Insbesondere Vertreter der CDU plädierten auch für die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung im Rahmen der *Anreiz-Methodik*. Wissenschaftler, Akteure mit Bezug zur SPD und vor allem den Krankenkassen nahmen dagegen auch für den Status Quo allgemeine Überversorgung an (vgl. 109). Sie leiteten daraus die Forderung nach einer allgemeinen Bedarfszulassung sowie einer Pflicht-Altersgrenze für Zulassungen ab, auch wenn manche Vertreter der Krankenkassen und der SPD auch mit lokalen und temporär begrenzten Zulassungssperren zufrieden waren (vgl. 449). Sowohl bei der *Überversorgungs-Theorie* als auch bei der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* favorisierten die Mitglieder des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen also unterschiedliche Detail-Lösungen. Bei der Frage, welche Probleme ein ungebremsster Zustrom an Ärzten für die ambulante Versorgung auslösen würde, konzentrierten sich die Mitglieder des Kollektivs für Zugangsbeschränkungen ebenfalls auf unterschiedliche Schwerpunkte. Vertreter der

Regierungsparteien und der Krankenkassen sowie zahlreiche Wissenschaftler unterstützen die *Kosten-Theorie*, während nur wenige Akteure mit Bezug zu den Kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechenden Beliefs teilten. Obwohl die *Konkurrenzkampf-Theorie* grundsätzlich im gesamten Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen verbreitet war, warnten besonders die Vertreter der KVen vor sinkenden Honoraren und Praxisschließungen aufgrund von Überversorgung (vgl. 127 und 139). Bei den Daten verwiesen die Mitglieder des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen vor allem auf die steigende Zahl der Ärzte (523).

Die Gegenposition dazu wurde vom *Kollektiv für freien Zugang* gebildet. Dieses rekrutierte sich hauptsächlich aus Mitgliedern des Marburger Bundes sowie von Bündnis 90/Die Grünen. Ihre Verbindung bestand in der Vertretung der *Theorie des freien Zugangs*:

- Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen (161)
- Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben (454)
- Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte (455)
- Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit (466)
- Berufsfreiheit ist ein Grundrecht (467)
- Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform (469)

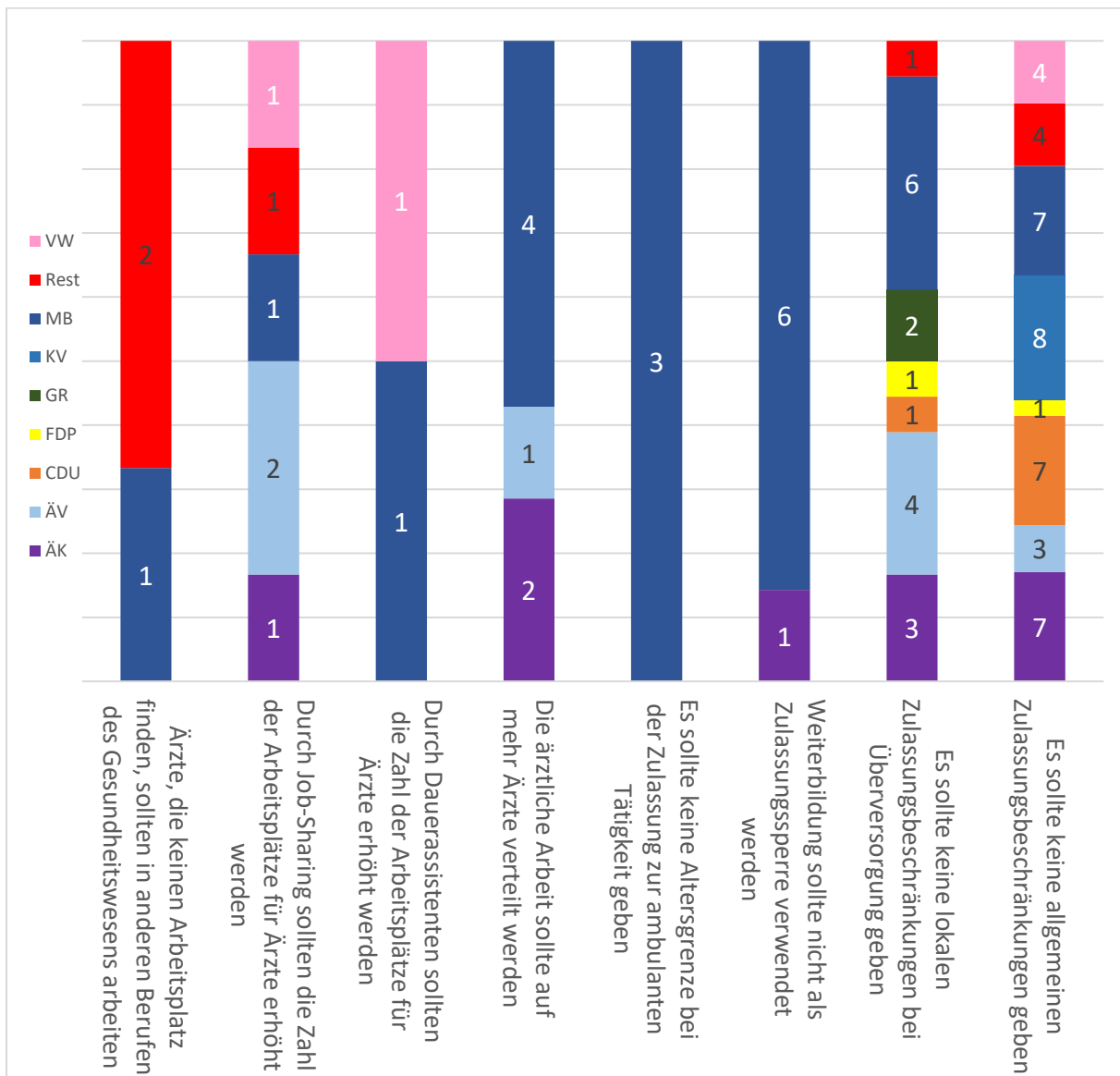
Abbildung 22: Verteilung der Beliefs der Theorie des freien Zugangs



Quelle: Datenbank

Als Alternative zu Zulassungssperren und verpflichtenden Ausbildungsprogrammen warben sie in der *Methodik des freien Zugangs* unter anderem dafür, die medizinische Tätigkeit auf mehr Ärzte zu verteilen und junge Ärzte als Dauerassistenten in den Arztpraxen einzustellen (vgl. 167; 168; 441; 448; 452 und 454). Je radikaler die Forderung nach Zulassungsbeschränkungen formuliert wurde, desto breiter war die Unterstützung, welche die Mitglieder des Kollektivs für freien Zugang zu ihrer Abwehr mobilisieren konnten. Das wurde anhand des Policy Core Belief „Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben“ deutlich.

Abbildung 23: Verteilung der Beliefs der Methodik des freien Zugangs

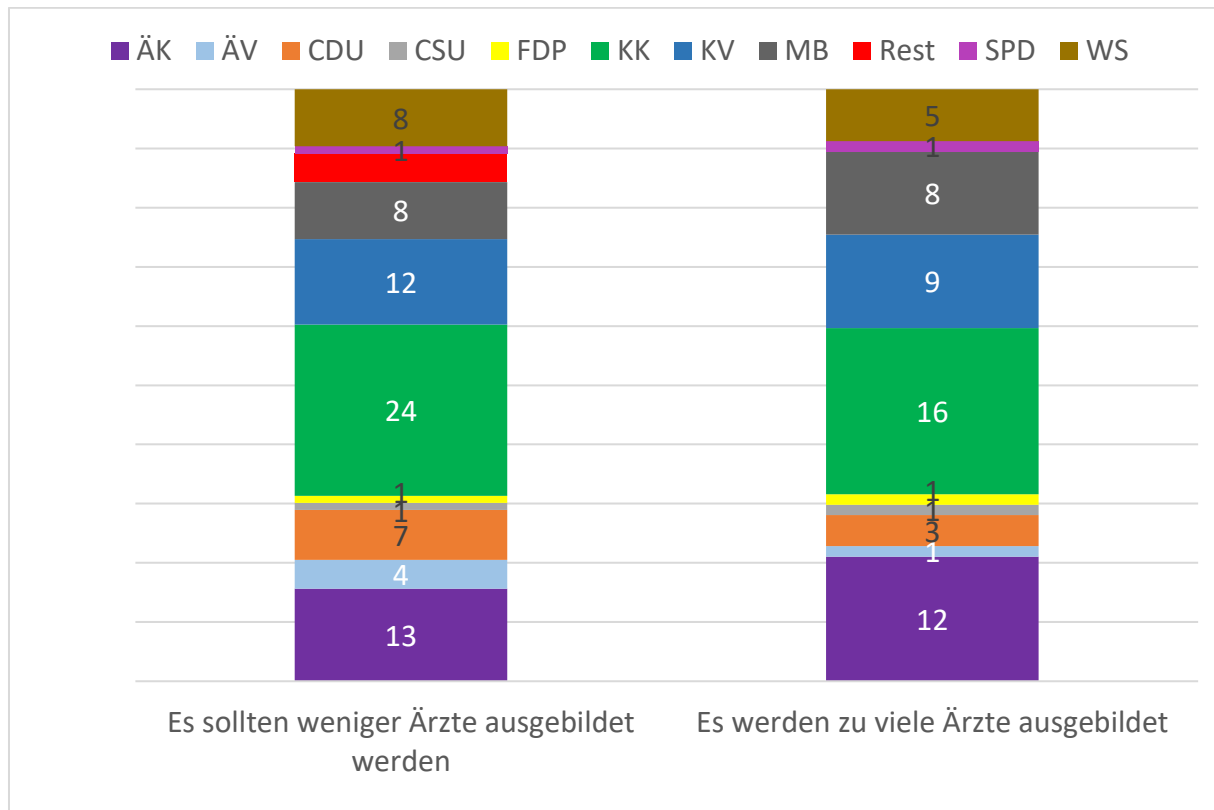


Quelle: Datenbank

Der Unterschied zwischen beiden Kollektiven lag weniger darin, wie sie Zunahme der Zahl der Ärzte in der Zukunft bewerteten. Wie in Abbildung 21 gezeigt wurde, wurde die *Überversorgungs-Theorie* zwar hauptsächlich von Mitgliedern des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen vertreten. Die Policy Core Beliefs „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ und „*Es droht allgemein Überversorgung*“ wurden aber auch von Vertretern des Marburger Bunds geteilt. Der Unterschied lag in der Wahl der Gegenmittel. Neben der *Methodik des freien Zugangs* setzten sie auf eine Reduktion der Studienplätze für Medizin, was ähnlich häufig auch durch das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen gefordert wurde. Daher wurde die *Überschuss-Theorie* auch nicht einseitig einem der beiden Kollektive zugeordnet.

Durch die Differenzen hinsichtlich der *Überversorgungs-Theorie* sowie der *Theorie* und *Methodik der Zulassungsbeschränkung* konnte aber keine gemeinsame Perspektive für eine Reform der Bedarfssteuerung gefunden werden.

Abbildung 24: Verteilung der Beliefs der Überschuss-Theorie



Quelle: Datenbank

Wie in Abbildung 25 zu sehen ist, wiesen die Akteure, die unter den orange markierten Fraktionen ÄK, ÄV sowie FDP zusammengefasst wurden, eine ambivalente Haltung auf, bei der ihre Aussagen keinem der Kollektive zu mehr als zwei Dritteln zugeordnet werden konnten. Nach den Vorgaben aus Abschnitt 4.3.2 waren sie daher keinem der Kollektive als Haupt-Akteure zuzurechnen. Das Kollektiv für freien Zugang erfuhr von Akteuren mit diesem Hintergrund eine gewisse Unterstützung, auch wenn die Mitglieder dieser Fraktionen ebenso Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen vertraten. Die grün markierten Fraktionen konnten dagegen dem Kollektiv für freien Zugang zugeordnet werden, während die Mehrheit der Fraktionen ebenso wie die öffentliche Meinung eindeutig dem Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen zuneigte. Das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen nahm insgesamt eine deutlich stärkere Position in allen Dimensionen des Diskurses ein: Seine Theorien und Methoden ebenso wie die darin enthaltenen Policy Core Beliefs wurden von mehr

Subsystem-Mitgliedern sowie einflussreichen Akteuren vertreten und waren dabei volumenstärker als ihre Widerparts des Kollektivs für freien Zugang. Lediglich bei den FDP-Politikern Thomae und Schwaetzer, dem CDU-Politiker Becker sowie dem Bundesminister für Arbeit und Soziales Blüm wurden Beliefs notiert, die dem Kollektiv für freien Zugang zuzuordnen waren. Die Haupt-Mitglieder des Kollektivs für freien Zugang verfügten trotz gewisser Sympathien auf Seite der FDP weder im Bundestag noch im Bundesrat oder an anderer Stelle über einen Vetopunkt oder eigene legislative Kompetenzen. Aus all diesen Gründen verwunderte es nicht, dass die Gesetzgebung im ersten Abschnitt durch die Theorien und Methoden des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen geprägt war.

Abbildung 25: Verteilung der Theorien und Methoden 1982-1993

| Fraktion | Theorie der Zulassungsbeschränkung | Kosten-Theorie | Konkurrenzkampf-Theorie | Überversorgungs-Theorie | Überversorgungs-Reduktions-Methodik | Anreiz-Methodik | Theorie des freien Zugangs | Methodik des freien Zugangs | Überschuss-Theorie |
|----------|--|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen | | | | | | Kffz ¹ | | N ² |
| ÄK | 1 | 2 | 4 | 29 | 7 | 3 | 31 | 20 | 25 |
| ÄV | 1 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 6 | 11 | 5 |
| CDU | 33 | 44 | 5 | 37 | 35 | 10 | 14 | 10 | 10 |
| CSU | 7 | 17 | 3 | 8 | 9 | 0 | 4 | 3 | 2 |
| FDP | 4 | 24 | 7 | 5 | 5 | 1 | 14 | 9 | 2 |
| GR | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 12 | 2 | 0 |
| JO | 0 | 6 | 3 | 20 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| KK | 48 | 115 | 22 | 109 | 75 | 0 | 0 | 1 | 40 |
| KV | 34 | 8 | 23 | 62 | 30 | 0 | 6 | 12 | 21 |
| MB | 0 | 0 | 0 | 14 | 4 | 1 | 49 | 29 | 16 |
| PV | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SPD | 39 | 80 | 7 | 28 | 47 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| VW | 5 | 15 | 4 | 16 | 13 | 4 | 1 | 7 | 2 |
| WS | 9 | 40 | 22 | 31 | 18 | 2 | 2 | 3 | 13 |
| Summe | 181 | 353 | 101 | 363 | 247 | 23 | 142 | 110 | 140 |

Quelle: Datenbank, ¹Kollektiv für freien Zugang, ²Neutral

Abbildung 26: Verteilung der Policy Core Beliefs 1982-1993

| Policy Core Belief | Volumen | Subsystem-Mitglieder | Davon einflussreiche Akteure |
|---|---------|----------------------|------------------------------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 114 | 55 | 10 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 91 | 42 | 10 |
| Es droht allgemein Überversorgung | 78 | 38 | 6 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 77 | 45 | 10 |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 70 | 31 | 7 |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 58 | 33 | 5 |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | 46 | 22 | 3 |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 41 | 23 | 3 |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 37 | 24 | 3 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 34 | 28 | 4 |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 34 | 22 | 7 |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 33 | 17 | 6 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 31 | 21 | 4 |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 30 | 14 | 5 |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 28 | 18 | 5 |

Quelle: Datenbank

Abbildung 27: Die Top-15 Beliefs in der öffentlichen Meinung 1982-1993

| Belief | Volumen | Ebene |
|--|---------|--------------------|
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 34 | Secondary Aspect |
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 26 | Policy Core Belief |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 17 | Policy Core Belief |
| In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf | 16 | Secondary Aspect |
| Es droht allgemein Überversorgung | 13 | Policy Core Belief |
| Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare | 13 | Secondary Aspect |
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 13 | Secondary Aspect |
| Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben | 13 | Secondary Aspect |
| Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben | 13 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 12 | Policy Core Belief |
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 10 | Secondary Aspect |
| Ärzte kämpfen gegen Konkurrenz durch neue Kollegen | 10 | Secondary Aspect |

| | | |
|---|---|------------------|
| Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 7 | Secondary Aspect |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 7 | Secondary Aspect |
| Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte | 7 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

5.4 1994-2001: Weitgehender Stillstand des Subsystems

Nach dem Inkrafttreten der verschärften Bedarfssteuerung im Jahr 1993 flaute das Interesse am Subsystem insgesamt deutlich ab. Wie die folgenden Abschnitte zeigen werden, galt dies sowohl für die Zahl der Subsystem-Mitglieder, als auch für die Zahl und das Volumen der Beliefs, die Stärke des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen und die Aktivitäten des Gesetzgebers. Diese Entwicklung überraschte, denn sie fand vor dem Hintergrund weiterhin steigender Mitgliederzahlen der KVen statt. Der starke Sprung zwischen 1998 und 2000 war allerdings zum Teil auf eine statistische Besonderheit zurückzuführen: 1999 wurden die psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die KVen integriert.

Abbildung 28: Mitglieder der KVen zwischen 1994 und 2001

| Jahr | Mitglieder der KVen insgesamt |
|------|-------------------------------|
| 1994 | 118.339 |
| 1996 | 121.876 |
| 1998 | 125.071 |
| 2000 | 140.328 |
| 2001 | 142.464 |

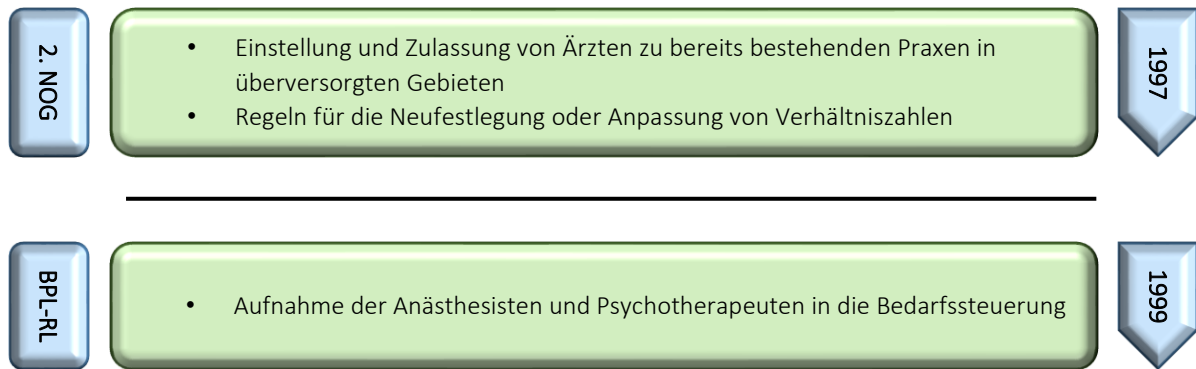
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011, S. 10

5.4.1 Politisches Programm

In der zweiten Phase wurden nur wenige Änderungen an der Bedarfssteuerung vorgenommen. Mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) von 1997 wurde die gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit in der ambulanten Versorgung eingeführt. Demnach durften Ärzte auch in überversorgten Gebieten entweder als Praxisassistenten bereits niedergelassener Ärzte eingestellt oder als Partnerärzte zugelassen werden, wenn dadurch der Leistungsumfang der gesamten Praxis nicht wesentlich anstieg (Bundesgesetzblatt Teil I 1997, S. 1520–1536). Zudem wurden hier weitere Details festgelegt, wann Verhältniszahlen neu zu bestimmen oder anzupassen waren. Beispielsweise wurde die Erstermittlung verpflichtend, wenn eine Arztgruppe mehr 1000 Ärzte umfasste. Im Jahr 1999 wurde die Bedarfssteuerung zudem auf

Anästhesisten und psychologische sowie ärztliche Psychotherapeuten ausgeweitet (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1999). Grundlage für den Einbezug der Psychotherapeuten war dabei das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998 (Bundesgesetzblatt Teil I 1998, S. 1311–1321).

Abbildung 29: Wichtige Änderungen in der Bedarfssteuerung zwischen 1994 und 2001



Quelle: Eigene Darstellung, die Markierungen für Gesetze spiegeln das Datum ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt wider.

5.4.2 Beliefs, Theorien und Methoden

Die wichtigsten Beliefs der zweiten Phase werden nun nach dem Muster aus Abschnitt 5.3.2 dargestellt. Es zeigte sich, dass besonders jene Beliefs, die den Diskurs zwischen 1982 und 1993 entscheidend geprägt hatten, an Bedeutung verloren.

Supra-Subsystem-Ebene

Im Vergleich zur ersten Phase wurde einerseits nicht mehr an die Berufsfreiheit als Grundrecht, welches durch die Bedarfssteuerung beschnitten wurde, appelliert. Vor allem aber verlor andererseits der Wunsch, den Kostenanstieg der GKV möglichst zu minimieren, massiv an Bedeutung. Das heißt nicht, dass nach 1993 die Kostenkontrolle nicht auch weiterhin einen großen Teil der Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen ausmachte (Bandelow 1998, S. 211–231). Sie stand aber deutlich seltener im Zusammenhang mit der Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor.

Abbildung 30: Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs 1994-2001

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Art | Vol. pro Fraktion ⁴ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|--|
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 471 | 3 | 3 | Deep Core Belief | GR (3) |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 24 | 20 | überg. Belief | ÄK (5), FDP (17), JO (1), MB (1) |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 4 | 3 | überg. Belief | ÄK (2), JO (1), MB (1) |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 14 | 10 | überg. Belief | ÄK (4), GR (2), KK (3), KV (2), MB (2), PV (1) |
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | 130 | 10 | 8 | überg. Belief | KK (5), SPD (3), VW (2) |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 7 | 5 | überg. Belief | ÄK (2), ÄV (1), CDU (1), KK (1), KV (2) |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 5 | 3 | überg. Belief | ÄK (4), ÄV (1) |
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 4 | 1 | überg. Belief | ÄK (1), CDU (1), MB (2) |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 2 | 1 | überg. Belief | KV (2) |
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 459 | 1 | 1 | überg. Belief | JO (1) |
| Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin | 131 | 9 | 7 | überg. Belief | CSU (1), JO (2), KK (5), VW (1) |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 2 | 2 | überg. Belief | KV (1), MB (1) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Belief-Volumen pro Fraktion

Policy Core Beliefs

Bei der Analyse der Policy Core Beliefs wurde deutlich, dass auf dieser Ebene vor allem jene Beliefs an Gewicht verloren, die vor Überversorgung warnten und Bedarfsplanung sowie Zulassungsbeschränkungen das Wort redeten. Auch wenn diese weiterhin vertreten wurden, gewannen in dieser Phase Beliefs an Bedeutung, in denen Bedarfsplanung als Konzept sowie

eine allgemeine Bedarfszulassung abgelehnt wurden. Auch der Wunsch nach einer Reform der Bedarfssteuerung ebnete ab.

Abbildung 31: Policy Core Beliefs 1994-2001

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 129 | 6 | 6 | JO (2), KK (1), SPD (2), VW (1) |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 113 | 6 | 6 | KK (3), SPD (2), WS (1) |
| Es droht allgemein Überversorgung | 111 | 3 | 2 | JO (3) |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 109 | 9 | 8 | ÄK (1), JO (1), KK (4), MB (1), PV (1), VW (1) |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 443 | 5 | 4 | CDU (1), KV (3), VW (1) |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 452 | 13 | 8 | ÄK (5), ÄV (1), CSU (1) FDP (2), MB (4) |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 101 | 5 | 2 | JO (5) |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 105 | 5 | 5 | CDU (1), JO (1), KV (1), SPD (2) |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 454 | 10 | 3 | ÄK (5), MB (5) |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 6 | 5 | CSU (2), GR (3), JO (1) |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 451 | 3 | 3 | KK (2), SPD (1) |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 448 | 27 | 20 | ÄK (3), FDP (18), MB (6) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Secondary Aspects

Auf dieser Ebene blieben einerseits die Grundprobleme der Arbeitslosigkeit unter Ärzten und des ökonomischen Drucks durch die fortgesetzte Zunahme der Gesamtzahl der Vertragsärzte erhalten. Zu den am häufigsten wiederholten Secondary Aspects gehörten in diesem Zeitraum Informationen über die Zunahmen einzelner Arztgruppen, die hauptsächlich von Statistikern der Krankenkassen sowie der KVen verbreitet wurden.

Abbildung 32: Wichtige Secondary Aspects 1994-2001

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| Überversorgung, Zu- und Abnahmen einzelner Arztgruppen und insgesamt | | | | |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 49 | 23 | ÄK (5), ÄV (1), JO (9), KK (10), KV (17), SPD (4), VW (2), WS (1) |
| Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten nahm zuletzt zu | 283 | 18 | 6 | JO (3), KK (1), KV (14) |
| Die Zahl der Anästhesisten nahm zuletzt zu | 179 | 17 | 6 | JO (3), KK (1), KV (13) |
| Die Zahl der Fach-Internisten nahm zuletzt zu | 231 | 15 | 6 | JO (3), KK (3), KV (9) |
| Es gibt gesperrte Gebiete | 547 | 12 | 9 | ÄK (1), JO (1), KK (3), KV (5), SPD (1), VW (1) |
| Die Zahl der offenen Planungsbereiche sinkt insgesamt | 557 | 11 | 5 | JO (1), KK (2), KV (8) |
| Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt abgenommen | 200 | 8 | 6 | ÄK (1), JO (1), KK (2), KV (4) |
| Es wachsen hauptsächlich spezialisierte Arztgruppen | 525 | 7 | 4 | KK (3), KV (3), SPD, (1) |
| Ärztlicher Nachwuchs | | | | |
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 394 | 11 | 10 | KV (1), SPD (10) |
| Zu viele Studenten bilden sich zu Spezialärzten aus, zu wenige zu Primärärzten | 357 | 10 | 9 | SPD (10) |
| Allgemeine Medizin sollte stärker in der Ausbildung gefördert werden | 398 | 9 | 9 | SPD (9) |
| Die Zahl der Medizinstudenten nahm zuletzt zu | 410 | 9 | 9 | SPD (9) |
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 432 | 11 | 8 | ÄK (2), CDU (1), CSU (2), JO (1), KK (1), MB (3), WS (1) |
| Es werden zu viele Ärzte ausgebildet | 434 | 9 | 6 | ÄK (3), CDU (1), JO (1), MB (2), SPD (1), WS (1) |
| Folgen der Zulassungswelle für bereits niedergelassene Ärzte | | | | |
| Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare | 127 | 11 | 8 | JO (7), KK (1), KV (2), MB (1) |
| In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf | 126 | 7 | 5 | ÄK (1), JO (1), KK (3), KV (1), SPD (1) |
| Zulassungshindernisse | | | | |
| Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte | 455 | 10 | 6 | ÄK (4), JO (3), MB (3) |
| Arbeitslosigkeit unter Ärzten | | | | |
| Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 137 | 21 | 11 | ÄK (2), CDU (2), JO (5), KV (5), MB (5), SPD (1), WS (1) |

| | | | | |
|--|-----|----|---|---|
| Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu | 132 | 12 | 8 | ÄK (2), CDU (2), JO (2), KV (2), MB (2), SPD (1), WS (1) |
|--|-----|----|---|---|

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Sie wurden ergänzt um die Frage, in wie vielen Gebieten sich überhaupt noch Vertreter der jeweiligen Arztgruppen niederlassen durften. Auch der Wunsch, weniger Ärzte auszubilden, blieb erhalten. Andererseits konnte beobachtet werden, dass der Rückgang der Hausärzte von unterschiedlichen Akteuren konstatiert wurde. Es gab also in diesem Zeitabschnitt bereits Vorboten des Paradigmen-Wechsels, der dann in der dritten Phase des Untersuchungszeitraums folgen sollte.

Theorien und Methoden

Wenn auch in verringertem Ausmaß, so wurden in der zweiten Phase dennoch Theorien und Methoden, wie die *Überschuss-Theorie* oder die *Übersorgungs-Reduktions-Methodik*, vertreten. Da diese allerdings bereits in Abschnitt 5.3.2 beschrieben wurden, werden sie an dieser Stelle nicht nochmals aufgeführt. Es kamen auch keine neuen Beliefs dazu, für die durch ihre weite Verbreitung eine Gruppierung sinnvoll gewesen wäre.

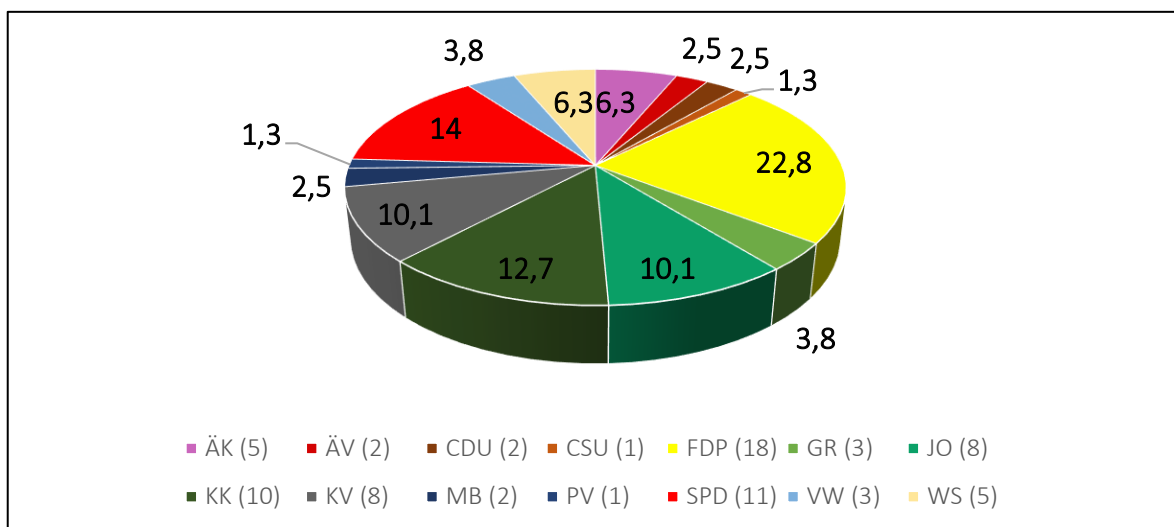
Zusammenfassung

Insgesamt wurden in der zweiten Phase deutlich weniger Aufforderungen zur Veränderung des politischen Programms im Allgemeinen und zu einer weiteren Verschärfung der Bedarfssteuerung im Speziellen geäußert. Da in diesem Zusammenhang auch der Wunsch nach einer Minimierung des Kostenanstiegs der GKV seltener geäußert wurde, wird deutlich, dass zuvor beide Komplexe in einer engen Wechselbeziehung gestanden hatten. Dagegen überwogen nun Beliefs, die den Zustand einzelner Parameter des Subsystems vermeldeten. Auch wenn insgesamt noch Meldungen über die Zunahme von einzelnen Arztgruppen sowie der Gesamtzahl der Ärzte dominierten, wurden bereits Abnahmen bei den Hausärzten kommuniziert – ein Vorbote für die Dritte Phase des Untersuchungszeitraums.

5.4.3 Akteure und Diskurs-Kollektive

In der zweiten Phase wurden 138 individuelle Akteure erfasst. Davon waren 79 Mitglieder des Subsystems und 59 wurden der öffentlichen Meinung zugerechnet. Im Vergleich der Anteile der einzelnen Gruppen an der Gesamtheit der Akteure sowie am Diskurs fiel auf, dass sich die Vertreter einiger Gruppen zwischen 1994 und 2001 stark aus dem Subsystem zurückzogen. Dazu zählten vor allem Akteure mit Bezug zu CDU, CSU, SPD, Krankenkassen und Verwaltung sowie aus der Wissenschaft. Andere Gruppen blieben gleich, oder nahmen zu. Dazu zählten vor allem Mitglieder der FDP.

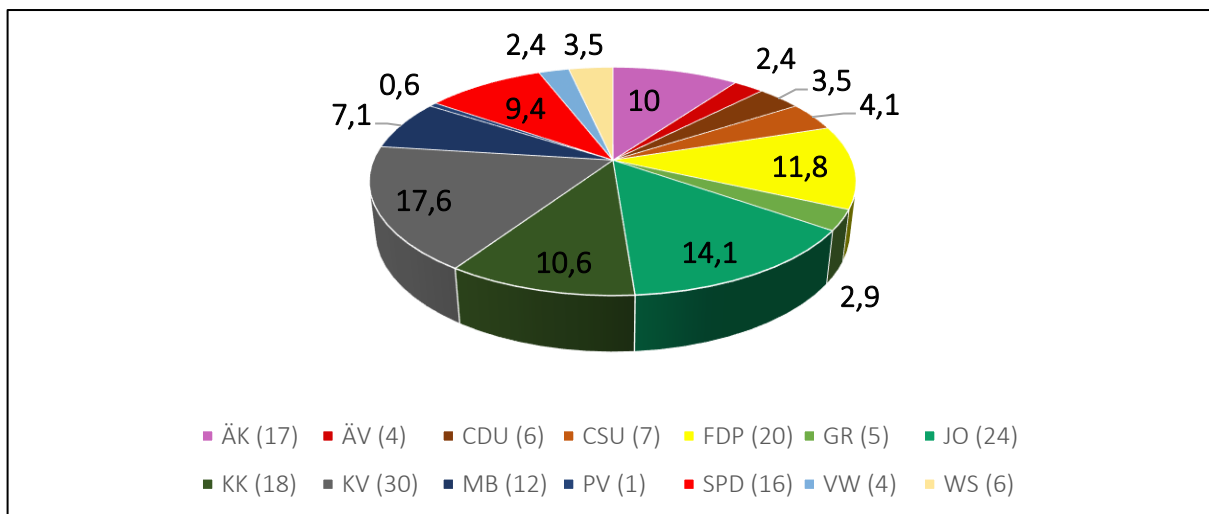
Abbildung 33: Verteilung der Subsystem-Mitglieder nach Fraktionen in Prozent, 1994-2001



Quelle: Datenbank

Allerdings muss man beachten, dass 17 von 20 Statements der FDP-Mitglieder einer einzigen Quelle entstammten: In der Bundestags-Drucksache 14/6384 von 2001 sprachen sie sich für eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens und in diesem Zusammenhang gegen Bedarfssteuerung aus. Dementsprechend war ihr Anteil an allen Statements zwar immer noch überdurchschnittlich. Er war aber dennoch geringer als ihr Anteil an der Gesamtheit der Subsystem-Mitglieder.

Abbildung 34: Prozentualer Anteil an der Summe der Statements pro Fraktion, 1994-2001



Quelle: Datenbank

Die Diskurs-Anteile der Vertreter der CDU, der Krankenkassen und der KVen war in der ersten Phase deswegen so groß, weil sie gegenüber ihren Wählern beziehungsweise Mitgliedern für die Reduktion des Zustroms von Ärzten verantwortlich waren. Mit den im GSG eingeführten verpflichtenden und lokalen Zulassungssperren sowie der geplanten Bedarfszulassung sahen diese Akteure ihre Ziele erreicht und zogen sich daher aus dem politischen Prozess zurück. Dadurch stieg in der zweiten Phase der Anteil der Akteure, die – wie Vertreter der Ärztekammern und des Marburger Bundes – gegen die Implementierung der Bedarfszulassung kämpften oder die „Ärztenschwemme“ journalistisch begleiteten.

Einflussreiche Akteure

Mit dem bereits beschriebenen Bedeutungsverlust des Subsystems ab 1994 nahm auch die Zahl der einflussreichen Akteure ab. Gemäß den Kriterien aus Abschnitt 4.3.2 konnte in der zweiten Phase nur für Bundesgesundheitsminister Seehofer (vgl. 463) und die Bundestags-Abgeordneten Pfaff, Kirschner, Thomae, Cronenberg und Schwaetzer (vgl. 657, 577, 168, 169 und 486) aus Phase eins eine solche Rolle nachgewiesen werden.

Diskurs-Kollektive und öffentliche Meinung

Wie in Abschnitt 5.4.2 gezeigt wurde, nahmen gerade jene Beliefs ab, anhand derer sich das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen gebildet hatte. Dieses löste sich also nach dem Inkrafttreten der verschärften Bedarfssteuerung im Jahr 1993 auf. Übrig blieben einzelne Akteure, die zwar gelegentlich vor lokaler oder allgemeiner Überversorgung warnten und die Zahl der Medizinstudenten reduzieren wollten, aber kaum noch eine weitere Verschärfung der

Bedarfssteuerung forderten. Lediglich zwei Vertreter der Krankenkassen und einer der SPD forderten zwischen 1994 und 2001 noch die Einführung der Bedarfszulassung. Auch in der öffentlichen Meinung nahm das Volumen aller Beliefs von 406 in der ersten Phase auf 206 in der zweiten Phase ab. Darüber hinaus spielten eher Fragen zur Ausbildung und Zahl der Mediziner eine Rolle als das Für und Wider von Bedarfssteuerung und Zulassungssperren.

Abbildung 35: Die Top-15 Beliefs in der öffentlichen Meinung 1994-2001

| Belief | Volumen | Ebene |
|---|---------|--------------------|
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 29 | Secondary Aspect |
| Allgemeine Medizin sollte stärker in der Ausbildung gefördert werden | 29 | Secondary Aspect |
| Zu viele Studenten bilden sich zu Spezialärzten aus, zu wenige zu Primärärzten | 28 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Medizinstudenten nahm zuletzt zu | 28 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 7 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 6 | Policy Core Belief |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 5 | Policy Core Belief |
| Es sollten nicht Arztsitze beplant werden, sondern allgemeine Versorgungseinheiten | 5 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 5 | überg. Belief |
| Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin | 4 | überg. Belief |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 3 | Policy Core Belief |
| Es gibt Fehlverteilungen bei Psychotherapeuten | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Psychotherapeuten | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt keine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 2 | Secondary Aspect |
| Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare | 2 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Dagegen bestand das Kollektiv für freien Zugang auch weiterhin, formiert anhand des Policy Core Beliefs „*Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben*“. Es konnte zwar einige FDP-Politiker und Vertreter der Ärztekammern zusätzlich zu den Akteuren mit Bezug zum Marburger Bund gewinnen. Da dafür aber die Vertreter von Bündnis 90/Die Grünen nun die Existenz von Bedarfssteuerung bejahten und das Kollektiv darüber hinaus keine weiteren Unterstützer gewinnen konnte, blieb sein Einfluss auf das politische Programm aber weiterhin gering.

5.5 2002-2012: Fokus auf Unterversorgung

Zum Jahreswechsel 2001/2002 veröffentlichte Thomas Kopetsch, der Leiter der Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der KBV, ein Gutachten, welches einen Paradigmen-Wechsel im Subsystem auslöste (2001). Bislang hatte sich der Diskurs hauptsächlich um Überversorgung und Zulassungshindernisse gedreht. Unterversorgung wurde zwar erwähnt, allerdings nur selten und nur als lokales Phänomen. Kopetsch stellte dem eine neue Betrachtung der Bedarfssteuerung entgegen, die sowohl von einem sinkenden Angebot als auch von einem steigenden Bedarf an ärztlichen Tätigkeiten im ambulanten Sektor ausging: Das Angebot sank aus seiner Sicht, da er auf der einen Seite von reduzierten Zuwächsen, hervorgerufen durch sinkende Absolventenzahlen im Medizinstudium, ausging. Auf der anderen Seite stieg das Durchschnittsalter der bereits niedergelassenen Ärzte, so dass in naher Zukunft mit hohen Abgänger-Raten bei verschiedenen Arztgruppen zu rechnen war. Unterversorgung drohte insbesondere bei den Hausärzten. Gleichzeitig nahm für Kopetsch infolge des demographischen Wandels wie auch des medizinischen Fortschritts der Behandlungsbedarf und damit der Bedarf an Ärzten zu. In den folgenden Auflagen dieses Gutachtens wurde der Befund noch verschärft. Unterversorgung bestand demnach bereits lokal und drohte für zahlreiche Arztgruppen im Allgemeinen (Kopetsch 2010a). Auch wurde später ein steigender Bedarf an Ärzten aus der gesunkenen Zahl der Wochenarbeitsstunden, insbesondere bei weiblichen Medizinerinnen geschlossen. Dieses Paradigma verbreitete sich zunächst innerhalb der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zwischen 2002 und 2012 gewann es dann immer mehr Anhänger. Es formierte sich allerdings auch eine Gegenposition, vertreten vor allem von Akteuren mit einer Verbindung zu den Krankenkassen sowie den Parteien DIE LINKE, Bündnis 90/Die Grünen und SPD. Sie erkannten zwar Unterversorgung an, verwiesen aber darauf, dass es auch weiterhin Überversorgung gab und der Zustand des ambulanten Sektors mithin durch Fehlversorgung gekennzeichnet sei. Zudem verwiesen sie auf die weiterhin steigende Menge der Ärzte hin, die sich unter anderem in der Zahl der KV-Mitglieder niederschlug:

Abbildung 36: Mitglieder der KVen zwischen 2002 und 2012

| Jahr | Mitglieder der KVen insgesamt |
|------|-------------------------------|
| 2002 | 143.686 |
| 2005 | 146.971 |
| 2008 | 151.398 |

| | |
|------|---------|
| 2011 | 157.705 |
| 2012 | 159.933 |

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011, Kassenärztliche Bundesvereinigung s.a.

Der interne Schock durch das Gutachten wurde durch die Bundestagswahl 2009 als externen Schock verstärkt. Die aus ihr hervorgehende Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag eine Reform der Bedarfssteuerung. Ziel war es, Unterversorgung zu vermeiden (vgl. CDU; CSU; FDP 2009, S. 88). Auch ging dabei das Amt des Bundesgesundheitsministers auf die beiden FDP-Politiker Rösler und danach Bahr über, die Anhänger von Kopetschs Argumentation waren (vgl. Abschnitte 5.7.6 und 5.7.7).

5.5.1 Politisches Programm

Die Veränderungen des politischen Programms zwischen 2002 und 2012 spiegelten den sich wandelnden Fokus von Über- auf Unterversorgung wider. Der Prozess begann mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003, bei dem Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in die ambulante Bedarfssteuerung einbezogen wurden. Hier wurde Unterversorgung erstmals im Untersuchungszeitraum in einer Gesetzesbegründung als Problem für den ambulanten Sektor angeführt (BT-Drucks. 15/1525). Um die Versorgung aufrecht zu erhalten, gestattete der Gesetzgeber den Krankenhäusern, im Falle von Unterversorgung ambulant tätig zu werden. Darüber hinaus erhielten die KVen die Möglichkeit, ihren Mitgliedern in unterversorgten Regionen Sicherstellungszuschläge zu zahlen.

Mit dem VÄndG von 2006 wurde das Instrumentarium gegen Unterversorgung ausgebaut (BT-Drucks. 16/2474). Um ihr zu begegnen, wurde Ärzten die Tätigkeit an mehr als einem Ort – etwa in einer Filiale der Praxis – erlaubt, sie durften nun zudem in nicht überversorgten Gebieten unbegrenzt Ärzte einstellen. Um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erhöhen, wurde die Zulassung in einem Teilzeit-Modell ermöglicht, auch wurde die Altersgrenze für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten abgeschafft. Wenn in einem nicht unterversorgten Planungsgebiet ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde – in der Gesetzesbegründung wurde als Beispiel dafür schlechte infrastrukturelle Anbindung genannt – durften die KVen wie im Fall von formeller Unterversorgung Sicherstellungszuschläge an ihre Mitglieder zahlen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) von 2008 wurde als nächster Schritt die Altersgrenze für

die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich abgeschafft (Bundesgesetzblatt Teil I 2008, S. 2426–2444).

Das Konzept der bedarfssteigernden Wirkung des demographischen Wandels, welches insbesondere Kopetsch sowie andere Vertreter der KVen und der Ärztekammern vertreten hatten, wurde besonders 2010 gewürdigt. In diesem Jahr beschlossen die Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, einen sogenannten Demographie-Faktor in die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu integrieren. Vereinfacht gesagt, sollte sich damit die Zahl der Sitze für eine Arztgruppe erhöhen, wenn diese in erhöhtem Ausmaß durch überdurchschnittlich alte Patienten aufgesucht wurden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010). Er galt bis zum Jahr 2012 und wurde außer Kraft gesetzt, da er aus der Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses Fehlanreize bei der Verteilung der Ärzte gesetzt hatte.

Die umfangreichsten Änderungen an der Bedarfssteuerung wurden mit dem GKV-VStG durchgeführt (Bundesgesetzblatt Teil I 2011, 2983-3022). Sie beinhalteten unter anderem die Absicht, den demographischen Wandel noch stärker in der Bedarfssteuerung zu verankern. So erhielten die KVen die Möglichkeit, im Falle regionaler Sondereffekte bei Demographie und Morbidität³² der Bevölkerung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen. Letzterem wurde zudem aufgetragen, Entwicklungen in der Bevölkerungs-Zusammensetzung bei der Neufestsetzung oder Änderung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen. Mit dem GKV-VStG wurden zudem die Länder stärker in die Bedarfssteuerung einbezogen. Sie erhielten das Recht, zu den Bedarfsplänen der KVen Stellung zu nehmen und sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten zu beanstanden. Mit der Reform erhielten zudem jedes Land die Möglichkeit, ein gemeinsames Landesgremium zu bilden. In diesem konnten unter anderem die Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaften über Möglichkeiten zur Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors sowie über die Bedarfspläne beraten. Sowohl über die gemeinsamen Landesgremien als auch über die Landesausschüsse erhielten die Länder die Rechtsaufsicht, in letzterem zudem ein Mitberatungsrecht. Schließlich durften sie Vertreter in die Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zur Bedarfsplanung entsenden. Diese besaßen

³² Unter Morbidität wird die statistische Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Personengruppe verstanden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes s.a.).

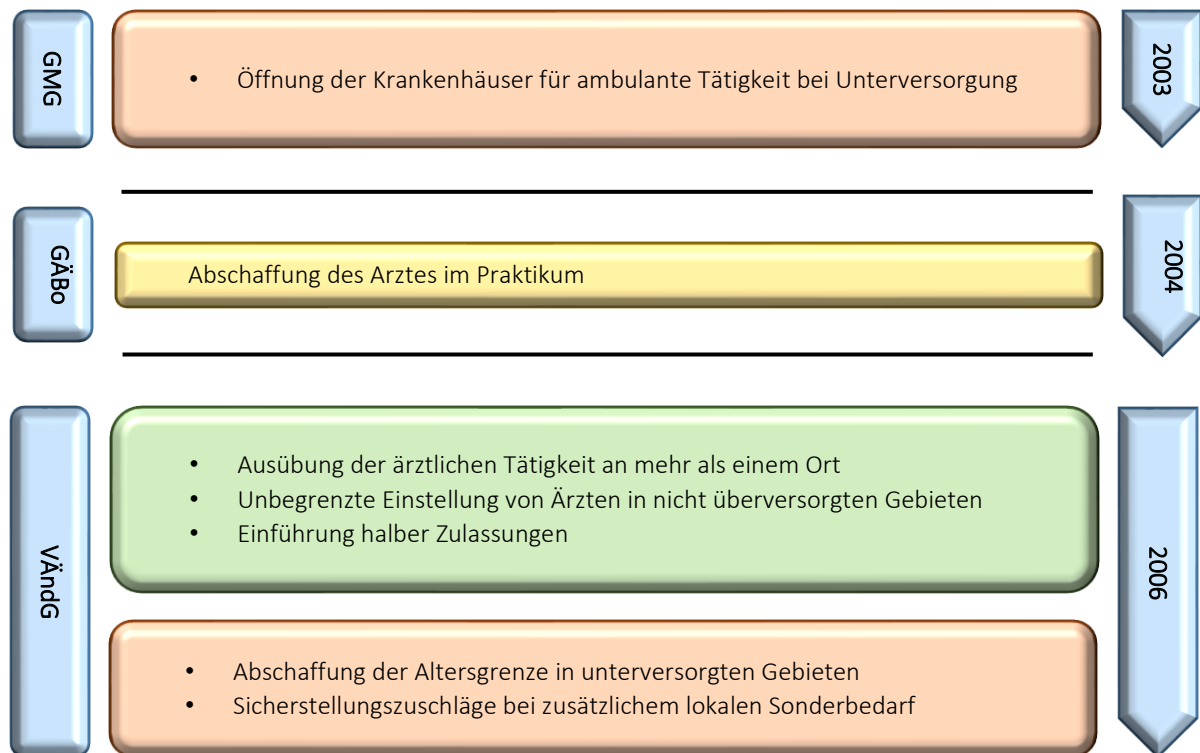
zwar kein Stimmrecht, dafür allerdings das Recht, an den Beratungen teilzunehmen und dabei unter anderem eigene Anliegen auf die Tagesordnung zu setzen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde zudem eine Reform der Planungsgebiete aufgetragen, die je nach Arztgruppe unterschiedlich groß bemessen werden konnten. Das GKV-VStG enthielt auch Regelungen, die Beruf und Familie besser miteinander vereinbar machen sollten. So wurden sowohl die Betreuung von Kindern als auch die Pflege von Angehörigen bei der Bewerbung um einen Arztsitz berücksichtigt und die Residenzpflicht aufgehoben. Weibliche Ärzte durften sich statt sechs bis zu 12 Monate nach einer Entbindung vertreten lassen und Ärzte beiderlei Geschlechts nun für bis zu 36 Monate einen Vertreter einstellen, wenn sie sich in dieser Zeit der Erziehung ihrer Kinder widmeten. Um insbesondere die Ärzte in unterversorgten Gebieten zu entlasten, durften die KVen den ambulanten Notdienst auch in Kooperation mit Krankenhäusern organisieren. Eine zentrale Stellung nahm die Vermeidung von Unterversorgung ein. Das GKV-VStG sah dazu erstens finanzielle Fördermaßnahmen vor. Dazu zählten die Einrichtung von Strukturfonds sowie Zuschläge zur Förderung von Leistungen, mit denen die Versorgung besonders in Gebieten mit Unterversorgung oder einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf verbessert werden sollte. Auch wurden die Abstaffelungsregeln³³ für eine Arztgruppe in einem Planungsgebiet solange ausgesetzt, wie diese von Unterversorgung betroffen waren. Zweitens wurde mit der Reform eine mindestens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet als begünstigendes Kriterium bei der Bewerbung um einen Arztsitz in einem überversorgten Gebiet angerechnet. Als dritte Säule neben diesen monetären und nicht-monetären Anreizen wurden zudem Veränderungen an der Organisation der Sicherstellung vorgenommen. So durften Krankenhäuser nicht nur bei Unterversorgung, sondern auch bei zusätzlichem lokalem Sonderbedarf ambulant tätig werden. Neben den KVen durften mit dem GKV-VStG nun auch Kommunen Eigeneinrichtungen betreiben, um die medizinische Versorgung sicherzustellen. Dafür benötigten sie allerdings die Zustimmung der KVen. Darüber hinaus wurden an die KBV sowie den GKV-Spitzenverband Aufträge zur Erarbeitung eines Katalogs ärztlicher Leistungen vergeben, die in Delegation auch durch Vertreter anderer Gesundheitsberufe oder telemedizinisch erbracht werden konnten. Daneben wurden auch Maßnahmen beschlossen, mit denen Überversorgung eingedämmt

³³ Bei der Vergütung der Ärzte wiesen die zuständigen KVen nach Paragraph 87b SGB V einem Arzt eine Menge an abrechenbaren Leistungen, das sogenannte Regelleistungsvolumen zu. Überschritt er das Regelleistungsvolumen, wurde die Differenz nur noch abgestaffelt vergütet.

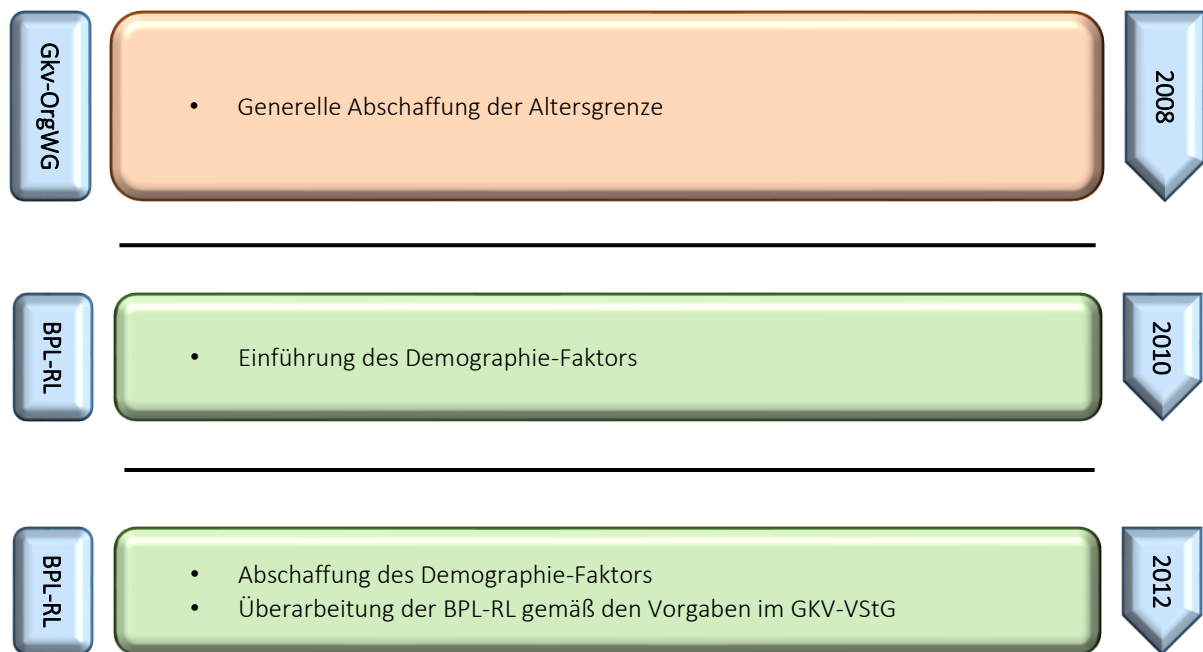
werden sollte. Dazu wurde das Nachbesetzungsverfahren so verändert, dass die Zulassungsausschüsse nun darüber zu entscheiden hatten, ob ein solcher Prozess überhaupt initiiert werden sollte. Falls die Zulassung nicht fortgeführt werden sollte, hatte die KV den Vorbesitzer oder seine Erben zu entschädigen.³⁴ Zusätzlich konnte der Verzicht auf die Zulassung auch durch den Aufkauf der Praxis bei gleichzeitigem Verzicht auf ein Nachbesetzungsverfahren gefördert werden.

2012 überarbeitete der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Vorgabe aus dem GKV-VStG die Bedarfsplanungs-Richtlinie. Darin wurden beispielsweise die Planungseinheiten je nach Arztgruppe unterschiedlich groß angelegt. Während sie für Hausärzte verkleinert wurden, stieg der Radius mit zunehmender Spezialisierung bis auf die Größe des Gesamtgebiets einer KV.

Abbildung 37: Wichtige Änderungen in der Bedarfssteuerung zwischen 2002 und 2012



³⁴ Da die Zulassung auch verkauft werden konnte und insbesondere an attraktiven Standorten hohe Preise erzielt wurden, fiel sie unter die Eigentumsfreiheit. So wird der Wert einer Facharztzulassung im Raum München für das Jahr 2002 bei Cramer und Maier mit teilweise über 100000 Euro taxiert (2002, S. 551).



Quelle: Eigene Darstellung, die Markierungen für Gesetze spiegeln das Datum ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt wider.

5.5.2 Beliefs, Theorien und Methoden

Wie schon in der zweiten Phase, wurden auch in der dritten Phase einige Beliefs wichtig, während andere an Bedeutung verloren. Deutliche Zuwächse erzielten etwa jene Beliefs, die sich mit Unterversorgung bei bestimmten Arztgruppen oder an bestimmten Orten beschäftigten. Dagegen verlor die Forderung nach einer Verschärfung der Bedarfssteuerung und allgemeinen Zulassungsbeschränkungen komplett an Bedeutung.

Supra-Subsystem-Ebene

In der dritten Phase wurde die finanzielle Dimension des Subsystems wieder bedeutend. Dieses Mal allerdings nicht nur in Form der Forderung nach einer Begrenzung des Ausgabenanstiegs, sondern auch in der Gegenposition des Wunsches nach zusätzlichen Finanzmitteln. Daneben wurde auf der supra-Subsystem-Ebene auch erstmals der Wunsch geäußert, eine wohnortnahe ambulante Versorgung für alle Bürger aufrecht zu gewährleisten.

Abbildung 38: Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs 2002-2012

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Art | Vol. pro Fraktion ⁴ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|--|
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 471 | 29 | 25 | Deep Core Belief | ÄK (4), CDU (1), CSU (1), FDP (1), GR (9), JO (1), KK (1), KVE (1), SPD (2), VW (2), WS (6) |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 80 | 51 | überg. Belief | ÄK (6), ÄV (2), CDU (10), CSU (3), DL (3), FDP (12), JO (1), KK (3), KV (23), PV (2), SPD (2), VW (6), WS (7) |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 50 | 40 | überg. Belief | ÄK (5), ÄV (1), CDU (1), CSU (3), FDP (35), KV (5) |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 223 | 106 | überg. Belief | ÄK (25), ÄV (1), CDU (32), CSU (1), DL (5), FDP (18), GR (23), JO (3), KH (4), KK (43), KV (19), PV (3), SPD (5), VW (11), WS (30) |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 111 | 67 | überg. Belief | ÄK (11), ÄV (1), CDU (1), FDP (29), GR (1), JO (3), KK (8), KV (32), SPD (1), VW (7), WS (17) |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 101 | 49 | überg. Belief | ÄK (24), ÄV (1), CDU (7), CSU (4), FDP (18), GR (4), JO (4), KK (1), KV (23), MB (3), SPD (10), VW (1), WS (1) |
| Es sollte Kollektivverträge für ambulante Ärzte geben | 457 | 10 | 8 | überg. Belief | KK (2), KV (5), WS (3) |
| Es sollte keine Kollektivverträge für ambulante Ärzte geben | 458 | 6 | 5 | überg. Belief | KK (3), WS (3) |
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 459 | 81 | 38 | überg. Belief | CDU (1), GR (4), JO (3), KK (49), SPD (10), WS (14) |
| Es sollte keine Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 460 | 2 | 2 | überg. Belief | KV (2) |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 80 | 64 | überg. Belief | ÄK (14), ÄV (1), CDU (5), CSU (1), FDP (1), GR (13), JO (1), KK (14), KV (7), SPD (13), VW (6), WS (4) |

| | | | | | |
|--|-----|----|----|------------------|---|
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | 130 | 86 | 41 | überg. Belief | CDU (3), DL (1), GR (10), JO (1), KK (58), PV (1), SPD (3), WS (9) |
| Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin | 131 | 8 | 8 | überg. Belief | DL (3), KK (1), WS (4) |
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 1 | 1 | überg. Belief | JO (1) |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 78 | 47 | überg. Belief | ÄK (18), CDU (7), FDP (33), JO (1), KV (12), MB (5), VW (1), WS (1) |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 68 | 39 | überg. Belief | ÄK (17), ÄV (2), CDU (4), FDP (5), JO (2), KV (22), MB (4), SPD (10), VW (2) |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 69 | 33 | überg. Belief | ÄK (19), ÄV (1), CDU (3), CSU (2), FDP (14), JO (3), KV (21), MB (2), SPD (1), VW (3) |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 30 | 19 | überg. Belief | ÄK (4), ÄV (1), JO (1), KV (12), SPD (1), VW (2), WS (9) |
| Ärzte werden zu stark belastet | 635 | 11 | 5 | überg. Belief | ÄK (7), JO (1), KV (2), MB (1) |
| Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut | 521 | 11 | 3 | überg. Belief | FDP (1), KK (10) |
| Ein gewisses Maß an Ungleichheit in der ambulanten Versorgung ist hinnehmbar | 472 | 2 | 2 | überg. Belief | VW (1), WS (1) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Belief-Volumen pro Fraktion

Dazu favorisierte eine Mehrheit der Subsystem-Mitglieder eine grundsätzliche Verbesserung der Attraktivität sowie der Arbeitsbedingungen des Arztberufs. Zudem plädierten zahlreiche Akteure für eine Überwindung der Sektorgrenzen. Hier konnte ebenfalls eine Neuerung beobachtet werden. Der übergeordnete Belief „*Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden*“ wurde bisher nahezu ausschließlich mit Policy Core Beliefs verbunden, die Überversorgung problematisierten. Dahinter stand der Gedanke, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und so Kosten zu sparen (vgl. z.B. Statement 0432). Zudem wurde er eher selten im Rahmen des Subsystems geäußert. In der dritten Phase bestand diese Verbindung zwar auch weiterhin. Daneben konnte allerdings auch Verbindungen mit

Policy Core Beliefs zum Thema Unterversorgung beobachtet werden. In diesem Ansatz beabsichtigten die Akteure, die Krankenhäuser in unterschiedlichem Maß in die ambulante Versorgung einzubeziehen. Die Vorstellungen reichten von ihrer Berücksichtigung bei der Bedarfsplanung (vgl. z.B. Statement 1156) bis hin zu einer vollständigen Öffnung für die ambulante Versorgung (vgl. z.B. 1306). Eine ähnliche Entwicklung erfuhren auch die übergeordneten Beliefs *„Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden“*, *„Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit“* und *„Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit“*. Diese existierten bereits als allgemeine Ziele in den ersten beiden Phasen. Aber erst in der dritten Phase wurden sie in größerem Umfang kausal mit den Policy Core Beliefs des Subsystems verbunden (vgl. 5.5.3).

Policy Core Beliefs

Auf der Ebene der Policy Core Beliefs fiel der enorme Bedeutungs-Zugewinn des Themas Unterversorgung auf. Sieben der elf Beliefs dieser Ebene waren damit verbunden, darunter drei der fünf volumenstärksten. Diese Beliefs besaßen zuvor teilweise nur ein sehr geringes Volumen (vgl. 361 und 365), teilweise wurden sie in den ersten beiden Phasen überhaupt nicht vertreten (vgl. 314, 346, 360, 367 und 369). Sie entwickelten sich also erst in der dritten Phase zu Policy Core Beliefs. Allerdings nahm auch das Thema Überversorgung mit zwei volumenstarken Policy Core Beliefs wieder eine starke Stellung ein. Besonders interessant war auch die Bedeutungs-Verschiebung des Beliefs *„Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten“*. Damit wurde in der ersten Phase ausgedrückt, dass es normal- und überversorgte Gebiete gebe (vgl. z.B. Aussage 0078). In der dritten Phase war damit meistens gemeint, dass es – in Abgrenzung zu der Vorstellung allgemeiner Unterversorgung – sowohl Unter- als auch Überversorgung gebe (vgl. z.B. Aussage 1571).

Abbildung 39: Policy Core Beliefs 2002-2012

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 365 | 304 | 163 | ÄK (26), ÄV (3), CDU (26), CSU (4), DL (7), FDP (49), GBA (2), GR (15), JO (42), KH (2), KK (56), KV (33), MB (1), PV (4) SPD (16), VW (8), WS (10) |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 105 | 247 | 105 | ÄK (2), CDU (18), CSU (6), DL (8), FDP (20), GR (13), JO (13), KH (1), KK (99), KV (22), PV (5), SPD (20), VW (6), WS (14) |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 367 | 208 | 136 | ÄK (5), ÄV (1), CDU (13), CSU (3), DL (3), FDP (64), GR (7), JO (11), KK (30), KV (29), SPD (15), VW (13), WS (14) |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 443 | 205 | 87 | ÄK (23), ÄV (3), CDU (14), CSU (3), DL (4), FDP (17), GBA (3), GR (1), JO (11), KH (2), KK (51), KV (49), PV (5), SPD (3), VW (6), WS (10) |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 361 | 200 | 102 | ÄK (20), CDU (14), CSU (2), DL (1), FDP (40), GR (14), KK (43), KV (31), MB (2), PV (4), SPD (19), VW (1), WS (9) |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 113 | 160 | 72 | ÄK (1), CDU (18), CSU (2), DL (5), FDP (11), GBA (1), GR (10), JO (3), KK (74), KV (4), PV (5), SPD (14), VW (1), WS (11) |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 103 | 149 | 73 | ÄK (1), CDU (13), DL (7), FDP (5), GBA (1), GR (2), JO (8), KK (73), KV (8), PV (8), SPD (7), VW (6), WS (10) |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 369 | 133 | 49 | ÄK (40), ÄV (6), CDU (10), CSU (1), FDP (14), JO (8), KV (49), MB (3), SPD (2) |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 346 | 79 | 44 | CDU (2), DL (5), GR (9), JO (1), KK (50), PV (3), SPD (7), VW (1), WS (1) |

| | | | | |
|--|-----|----|----|--|
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 360 | 76 | 46 | ÄK (1), CDU (1), CSU (2), DL (6), GR (1), JO (2), KK (53), KV (1), SPD (3), VW (2), WS (4) |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 314 | 75 | 33 | ÄK (12), ÄV (1), CDU (14), CSU (3), FDP (30), JO (1), KV (11), VW (2), WS (1) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Secondary Aspects

Bei den Secondary Aspects wurde sowohl Kontinuität als auch Wandel festgestellt. So besaßen Beliefs über Zunahme und Überversorgung bei einzelnen Arztgruppen ebenso wie die Zunahme der ambulant tätigen Ärzte insgesamt weiterhin ein hohes Volumen. Auch forderten insbesondere Vertreter der Krankenkassen weiterhin die Verschärfung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung mit verschiedenen Maßnahmen.

Abbildung 40: Wichtige Secondary Aspects 2002-2012

| Belief | Lfn. ¹ | Vol. ² | Akt. ³ | Vol. pro Gruppe ⁴ |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| Überversorgung und Zunahmen einzelner Arztgruppen und insgesamt | | | | |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 111 | 59 | ÄK (8), CDU (1), CSU (2), DL (4), FDP (3), GR (1), JO (9), KK (47), KV (19), PV (1), SPD (4), VW (1), WS (11) |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 72 | 45 | CDU (1), DL (1), FDP (7), JO (4), KK (36), KV (5), PV (2), SPD (6), WS (10) |
| Möglichkeiten zur Niederlassung an attraktiven Orten verhindert Besetzung von Arztsitzen an unattraktiven Orten | 120 | 43 | 31 | DL (1), GR (5), JO (2), KK (17), KV (5), SPD (11), VW (2) |
| Unterversorgung und Abnahmen einzelner Arztgruppen und insgesamt | | | | |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 117 | 80 | ÄK (10), ÄV (1), CDU (16), DL (5), FDP (9), GBA (2), GR (10), JO (18), KK (23), KV (11), PV (2), SPD (6), WS (4) |
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 209 | 98 | 73 | ÄK (8), ÄV (3), CDU (3), FDP (24), GR (1), JO (9), KK (16), KV (23), PV (1), VW (4), WS (6) |
| Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich | 380 | 84 | 63 | ÄK (2), ÄV (1), CDU (2), CSU (2), FDP (4), GR (5), JO (5), KK (21), KV (9), SPD (12), VW (9), WS (12) |

| | | | | |
|---|-----|----|----|---|
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 211 | 90 | 61 | ÄK (4), ÄV (1), CDU (1), CSU (2), FDP (1), GR (4), JO (7), KK (21), KV (19), SPD (10), VW (10), WS (10) |
| Es gibt unterversorgte Gebiete in Ostdeutschland | 549 | 77 | 66 | ÄK (10), ÄV (2), CDU (2), DL (1), FDP (26), GR (4), JO (9), KK (5), KV (6), SPD (11), WS (1) |
| Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Psychotherapeuten | 290 | 47 | 26 | ÄK (10), ÄV (8), CDU (1), JO (10), KK (4), KV (1), SPD (9), WS (4) |
| Ärztlicher Nachwuchs | | | | |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 93 | 52 | ÄK (14), ÄV (2), CDU (1), FDP (55), GR (1), JO (5), KV (8), MB (2), SPD (1), VW (2), WS (2) |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 67 | 43 | ÄK (13), ÄV (1), FDP (27), JO (8), KK (1), KV (13), MB (2), VW (1), WS (1) |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 57 | 34 | ÄK (8), CSU (1), FDP (25), GR (1), JO (2), KV (19), WS (1) |
| Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden | 430 | 44 | 30 | ÄK (3), CDU (9), CSU (2), FDP (15), KH (1), KV (1), MB (1), SPD (4), VW (2), WS (6) |
| Bereits niedergelassene Ärzte | | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 83 | 55 | ÄK (8), ÄV (1), CDU (8), FDP (38), JO (5), KV (21), SPD (1), WS (1) |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich an bestimmten Orten ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 385 | 51 | 44 | ÄK (1), CDU (4), CSU (1), DL (3), FDP (2), GR (4), JO (3), KK (8), KV (5), SPD (11), VW (2), WS (7) |
| Zulassungshindernisse | | | | |
| Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 150 | 55 | 39 | CDU (3), CSU (2), DL (1), GR (13), KK (26), SPD (7), VW (1), WS (2) |
| KVen sollten Arztstühle bei Überversorgung aufkaufen müssen | 583 | 24 | 20 | GR (9), JO (1), KK (11), SPD (3) |
| Frauen in der Medizin | | | | |
| Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu | 630 | 66 | 36 | ÄK (9), ÄV (1), CDU (6), CSU (2), FDP (4), JO (1), KK (9), KV (23), WS (11) |
| Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit als männliche | 629 | 22 | 11 | ÄK (7), JO (1), KK (1), KV (10), WS (3) |
| Rolle der Akteure | | | | |

| | | | | |
|---|-----|-----|----|---|
| Vertreter der Länder sollten an der Bedarfsplanung teilnehmen | 616 | 70 | 42 | ÄK (1), CDU (22), CSU (3), DL (1), FDP (6), GR (12), KK (5), KV (9), SPD (3), VW (4), WS (4) |
| Die Rechte der Länder in der Bedarfsplanung sollten gestärkt werden | 618 | 47 | 22 | CDU (13), DL (1), FDP (5), GR (5), KK (6), SPD (2), VW (7), WS (8) |
| Organisation der Bedarfssteuerung | | | | |
| Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein | 483 | 142 | 74 | ÄK (3), ÄV (1), CDU (21), CSU (3), FDP (24), GBA (3), GR (12), JO (1), KK (21), KV (38), SPD (5), VW (4), WS (6) |
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 487 | 97 | 55 | ÄK (5), ÄV (2), CDU (26), DL (3), FDP (4), GR (10), JO (2), KH (2), KK (1), KV (25), PV (1), SPD (3), VW (10), WS (3) |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 96 | 71 | ÄK (6), ÄV (2), CDU (10), CSU (3), FDP (4), GR (14), KK (20), KV (16), MB (1), SPD (13), VW (5), WS (2) |
| Morbidität sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 573 | 88 | 52 | ÄK (1), CDU (11), DL (3), FDP (1), GR (9), KK (10), KV (23), PV (9), VW (3), WS (18) |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 72 | 45 | ÄK (2), ÄV (1), CDU (6), DL (3), FDP (6), JO (1), KK (15), KV (24), PV (8), VW (1), WS (5) |
| Organisatorische Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung | | | | |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 123 | 78 | ÄK (18), CDU (15), CSU (4), DL (3), FDP (2), GR (10), KK (15), KV (20), SPD (6), VW (6), WS (24) |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 110 | 63 | ÄK (18), CDU (14), CSU (4), FDP (8), GR (9), JO (2), KK (15), KV (22), MB (1), SPD (3), VW (9), WS (5) |
| Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden | 350 | 68 | 45 | ÄK (4), CDU (1), CSU (1), FDP (56), JO (1), MB (1), SPD (4) |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 65 | 56 | ÄK (13), CDU (6), CSU (2), DL (3), FDP (2), GR (4), JO (1), KK (10), KV (12), SPD (10), VW (2) |
| Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden | 325 | 56 | 41 | ÄK (2), ÄV (1), CDU (6), CSU (1), FDP (11), GR (8), JO (1), KK (4), KV (8), SPD (12), VW (2) |

| | | | | |
|---|-----|----|----|---|
| Eigeneinrichtungen und Gesundheitszentren sollten zur ambulanten Versorgung beitragen | 653 | 54 | 44 | ÄK (2), CDU (3), DL (3), FDP (2), GR (10), KK (14), KV (4), SPD (7), VW (7), WS (2) |
| Finanzielle Anreize zur Vermeidung von Unterversorgung | | | | |
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 83 | 60 | ÄK (1), CDU (14), CSU (1), DL (2), FDP (13), GR (16), KK (10), KV (3), SPD (18), VW (3), WS (2) |
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 61 | 36 | ÄK (6), CDU (21), CSU (4), FDP (8), JO (2), KK (6), KV (3), SPD (3), VW (4), WS (4) |

Quelle: Datenbank, eigene Darstellung. ¹ = Laufnummer, ² = Volumen des Beliefs, ³ = Anzahl der Akteure, die den Belief äußerten, ⁴ = Verteilung des Belief-Volumens auf die jeweilige Gruppe

Der Wandel auf der Ebene der Secondary Aspects zeigte sich darin, dass einige Themen an Bedeutung verloren, während andere an Volumen gewannen oder sich inhaltlich veränderten. Im Vergleich mit ihrer prominenten Rolle in der ersten und zweiten Phase, stellten beispielsweise Beliefs über Arbeitslosigkeit unter Ärzten nur eine Randnotiz in der dritten Phase dar (vgl. 132-137). Auch über die Folgen der Zulassungswelle für die niedergelassenen Ärzte (vgl. 126 und 631) sowie die sinkenden Löhne und den Konkurrenzkampf unter Ärzten in überversorgten Gebieten wurde zwischen 2002 und 2012 kaum diskutiert. Dagegen gewannen Beliefs, die die Zunahme des Frauenanteils in der Medizin und deren durchschnittlich geringere Wochenarbeitsstunden konstatierten (vgl. 629 und 630), ebenso dazu, wie Warnungen vor Unterversorgung aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Ärzte (vgl. 214, 383 und 385). Wenig überraschend, gewannen auch Beliefs, die sich für Anreize und organisatorische Maßnahmen zur Bekämpfung von Unterversorgung aussprachen, an Bedeutung. Andere Themen blieben zwar wichtig, allerdings veränderte sich die Zusammensetzung der dazugehörigen Beliefs. So gab es bei den Statistiken über die einzelnen Arztgruppen zwar im gesamten Untersuchungszeitraum auch Beliefs, die Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen thematisierten. Aber erst in der dritten Phase gewannen diese an Volumen, zudem wurden in diesem Abschnitt erstmals über die Gruppe der Hausärzte hinaus sinkende Mitgliederzahlen bei anderen Arztgruppen festgestellt. Besonders drastisch veränderte sich die Einstellung gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs. Während in der ersten Phase der Wunsch nach einer Reduktion der Zahl der Medizinstudenten über beide Kollektive hinweg vertreten wurde, wurde nun häufig die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten gefordert.

Theorien und Methoden

Auch wenn einige Theorien und Methoden bereits in Abschnitt 5.3.2 beschrieben wurden, werden sie hier nochmals aufgelistet, um einen vollständigen Überblick für die dritte Phase zu geben. Neben den bereits bekannten Theorien und Methoden gab es einige Neuerungen.

Allgemeine Unterversorgungs-Theorie: Damit wurden Beliefs zusammengefasst, in denen von allgemeiner und zunehmender Unterversorgung ausgegangen wurde. Angaben zu Unterversorgung waren zwar eine Information, diese wirkte aber für viele Akteure handlungsleitend und fiel somit in die Policy Core-Kategorie „Bedeutung des Problems“ bei Sabatier und Jenkins-Smith (1999, S. 133). Es wurde nicht zwischen materieller und formeller Unterversorgung entschieden. Wenn ein Akteur vermeldete, dass es allgemein Unterversorgung gab, dann konnte sich das sowohl auf Statistiken, als auch auf seine Meinung über die „richtige“ Zahl an Ärzten beziehen. Zu den Beliefs gehörten:

- Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten (359)
- Unterversorgung nimmt zu (363)
- Es droht allgemein Unterversorgung (369)
- Es droht allgemein ein Mangel an Fachärzten (371)

Attraktivitätsverlust-Theorie: Anhänger dieser Theorie gingen davon aus, dass die ambulante Tätigkeit für viele Ärzte nicht mehr attraktiv genug sei und gesteigert werden müsse. Häufig wurde damit die Existenz von Unterversorgung begründet. Aufgrund der thematischen Ähnlichkeit wurden in dieser Theorie auch die Klagen über zu viel Bürokratie in der ärztlichen Tätigkeit, die Auswanderung von Ärzten sowie den Wechsel von Ärzten in andere Berufe mit aufgenommen. Der Secondary Aspect *„Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten“* wurde für die dritte Phase unter diese Theorie gefasst, da die *Theorie des freien Zugangs* aus der ersten Phase im öffentlichen Diskurs kaum noch präsent war.

- Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden (207)
- Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden (342)
- Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem (376)
- Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe (388)

- Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten (473)
- Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung (517)
- An bestimmten Orten ist die Niederlassung zu unattraktiv (562)
- Ärzte werden zu stark belastet (635)
- Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden (636)
- Ärzte empfinden ihre Arbeitsbedingungen als belastend (640)

Ausgabensteigerungs-Theorie: Dabei handelte es sich um die Annahme, dass generell mehr Geld im ambulanten Sektor ausgegeben werden müsse. Die Frage, wie dieses Geld zum Einsatz kommen sollte, wurde in der weiter unten folgenden *Anreiz-Methodik* beantwortet.

- Es sollte mehr Geld für Hausärzte geben (206)
- Es sollte mehr Geld für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben (253)
- Es sollte mehr Geld für Psychotherapeuten geben (293)
- Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden (479)

Bedingte Unterversorgungs-Theorie: Diese Theorie ging nur von lokaler oder auf bestimmte Arzt-Gruppen beschränkte Unterversorgung aus. Insbesondere im ländlichen Bereich wurden diese zu verhindernden Versorgungslücken identifiziert.

- Unterversorgung sollte vermieden werden (361)
- Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung (365)
- Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung (367)
- Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Fachärzten (373)
- Es droht ein Mangel bei bestimmten Facharztgruppen (374)
- Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich (378)
- Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich (380)

Fehlverteilungs-Theorie: Der namensgebende Policy Core Belief war in der dritten Phase derart bedeutend, dass er aus der *Überversorgungs-Theorie* gelöst wurde. Mit den Beliefs der *Fehlverteilungs-Theorie* wurde ausgedrückt, dass es nicht generell zu wenig Ärzte gebe,

sondern dass diese falsch verteilt seien. Sie wurde meistens mit Beliefs der *bedingten Unter-* sowie der *Überversorgungs-Theorie* kombiniert.

- Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten (103)
- Es gibt mehr Überversorgung als Unterversorgung (112)
- Offene Arztsitze sind kein Zeichen von Ärztemangel (354)
- Es gibt nicht allgemein Unterversorgung (360)
- Es droht keine allgemeine Unterversorgung (370)
- Es droht kein allgemeiner Mangel an Fachärzten (372)

Kosten-Theorie: Auch in der dritten Phase äußerten vor allem Vertreter der Krankenkassen Beliefs, in denen steigende Kosten im Gesundheitswesen problematisiert wurden.

- Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten (129)
- Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen (130)
- Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin (131)
- Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben (631)

Mitversorgungs-Theorie: Dies war die Annahme, dass *de facto* zumindest an vielen Orten in urbanen Gegenden keine Überversorgung bestehe, da die dort ansässigen Ärzte auch die nähere Umgebung mitversorgten.

- Es gibt keine Fehlverteilungen von Ärzten (104)
- Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung (106)
- Es gibt keine allgemeine Überversorgung (110)
- Es gibt keine Überversorgung in urbanen Räumen (118)
- Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen (500)

Nachwuchsmangel-Theorie: Im Gegensatz zur ersten Phase äußerten viele Akteure in der dritten Phase, dass es zu wenig Nachwuchs bei den ambulanten Ärzten gebe und forderten eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Medizin. Zudem wurde vorgeschlagen, die Zahl der Landärzte zu vergrößern, indem die Medizinstudenten einerseits mit verschiedenen

Maßnahmen stärker mit dieser beruflichen Laufbahn konfrontiert wurden. Andererseits sollten verstärkt Medizinstudenten aus Personenkreisen rekrutiert werden, von denen man sich eine größere Neigung zur Landarzt-Tätigkeit erhoffte.

- Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen (383)
- Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen (394)
- Ambulante Medizin wird zu wenig in der Ausbildung gefördert (395)
- Ambulante Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden (396)
- Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten (404)
- Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium (424)
- Es sollte eine Landarztquote an den Universitäten geben (426)
- Es sollte Stipendien mit Verpflichtung zur Tätigkeit in ländlichen Gegenden geben (427)
- Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden (430)
- Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch (439)

Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung: Dies war die Zusammenfassung von Beliefs, mit denen die Beziehung zwischen dem demographischen Wandel und der Bedarfssteuerung beschrieben wurde.

- Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen (393)
- Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen (565)
- Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit (566)
- Es sollte einen Demographie-Faktor in der Bedarfsplanung geben (570)

Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse: Damit wurde ausgedrückt, dass die ambulante Versorgung ein Grundrecht sei und jedem Bürger wohnortnah zustehe.

- Versorgung sollte auch zwischen den einzelnen Ländern ausgeglichen werden (128)

- Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben (471)
- Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein (480)

Theorie des medizinischen Fortschritts: Diese Theorie war ähnlich aufgebaut wie die *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung*, behandelte aber die Beziehung zwischen dem medizinischen Fortschritt und seinen Konsequenzen für die Bedarfssteuerung.

- Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit (571)
- Der medizinische Fortschritt sollte sich in der Bedarfsplanung niederschlagen (572)

Überversorgungs-Theorie: Die Beliefs der *Überversorgungs-Theorie* waren auch in der dritten Phase wichtig. Durch die Trennung von den Beliefs, welche in der *Fehlverteilungs-Theorie* zusammengefasst wurden, wurde deutlicher sichtbar, dass auch manche Repräsentanten der Ärzte diese eher gemäßigten Beliefs vertraten.

- Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung (105)
- Es gibt allgemein Überversorgung (109)
- Überversorgung nimmt zu (114)
- Es wird zu wenig gegen Überversorgung unternommen (115)
- Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen (117)
- Es gibt zu viele Fachärzte (121)
- Es gibt an bestimmten Orten zu viele Fachärzte (122)

Überversorgungs-Reduktions-Methodik: Bei dieser Methodik wurden in der dritten Phase zusätzliche Beliefs geäußert, so dass eine Aktualisierung notwendig war.

- Überversorgung sollte vermieden werden (113)
- Die Fortführung von Arztsitzen sollten sich am Stand der Versorgung ausrichten (143)
- Neue Arztsitze sollten nicht weiterverkaufbar sein (146)
- Niederlassung sollte bei Überversorgung erschwert werden (148)
- Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben (150)

- Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten zwangsweise aufgekauft werden müssen (152)
- Anreize zur Bekämpfung von Unterversorgung allein reichen nicht (338)
- Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden (346)
- Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben (459)
- Arztzahlen sollten durch Wettbewerb gesteuert werden (477)
- Zulassungen sollten nur befristet vergeben werden (491)
- KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können (582)
- KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen müssen (583)

Anreiz-Methodik: Diese Methodik wurde bereits in Abschnitt 5.3.2. vorgestellt. In der dritten Phase hatte sich allerdings das Instrumentarium der favorisierten Maßnahmen verändert, so dass sie aktualisiert werden musste. Die *Anreiz-Methodik* zeichnete sich in der dritten Phase dadurch aus, dass ihre Vertreter die Anreize nicht durch Einsparungen an anderer Stelle, etwa durch Honorar-Abschläge in überversorgten Gebieten ausgleichen wollten.

- Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben (151)
- Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben (313)
- Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden (314)
- Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben (315)
- Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden (322)
- Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben (339)
- Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden (350)
- Krankenkassen sollten sich finanziell gegen Unterversorgung einsetzen (657)

Organisatorische Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung: Damit wurden alle Änderungen in der Berufsausübung der Ärzte sowie ihr Verhältnis zu den übrigen Heilberufen beschrieben, mit denen Unterversorgung vermieden werden sollte. Direkte finanzielle

Zuwendungen waren hier nicht enthalten, diese wurden in der oben vorgestellten *Anreiz-Methodik* beschrieben.

- Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein (317)
- Elternzeitregelungen sollten verbessert werden (321)
- Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden (325)
- Not- oder Bereitschaftsdienste sollten in ländlichen Regionen reduziert werden (327)
- Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen (329)
- Ärztliche Leistungen sollten substituiert werden dürfen (331)
- Telemedizin sollte die ärztliche Tätigkeit unterstützen (333)
- Bei Unterversorgung sollten Gesundheitszentren eingerichtet werden (341)
- Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen (355)
- Wiedereinstieg sollte erleichtert werden (390)
- Die Mobilität der ambulanten Ärzte sollte verbessert werden (496)
- Die Mobilität der Patienten sollte verbessert werden (497)
- Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden (498)
- Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben (499)
- Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben (701)

Zusammenfassung

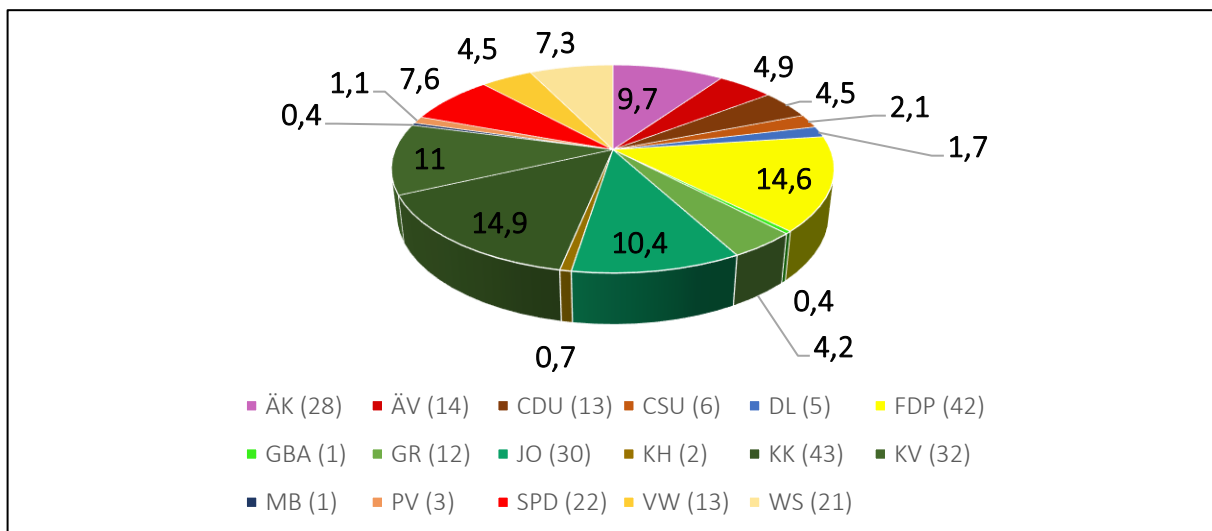
Auch in der dritten Phase des Untersuchungszeitraums spielten Einflüsse aus übergeordneten Subsystemen eine große Rolle für die Bedarfssteuerung. Dabei standen sich vor allem der Wunsch nach einer Begrenzung des Kostenanstiegs auf der einen und die Forderung nach einer Vergrößerung der Attraktivität des Arztberufes und der Reduktion der Bürokratie in der ärztlichen Versorgung auf der anderen Seite gegenüber. Akteure aus unterschiedlichen Fraktionen plädierten zudem dafür, dass die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor überwunden werden sollte. Darüber hinaus wurde sowohl auf der Ebene

der Policy Core Beliefs als auch auf der Ebene der Secondary Aspects gestritten, in welchem Ausmaß und Ausprägungen Unter- und Überversorgung existierten und wie sie zu vermeiden seien. Alte Themen, wie die Rolle und Form von Zulassungssperren oder der Kampf um die Chance zur Niederlassung für Absolventen des Medizinstudiums oder Kollegen aus dem Krankenhaus, verloren dagegen völlig an Bedeutung. Der Paradigmen-Wechsel im politischen Programm wurde also von entsprechenden Veränderungen im Diskurs innerhalb und auch außerhalb des Subsystems begleitet.

5.5.3 Akteure und Diskurs-Kollektive

In der dritten Phase wurden 288 individuelle Subsystem-Mitglieder und 430 nicht-Subsystem-Mitglieder erfasst. Die Subsystem-Mitglieder besaßen unterschiedlichere Hintergründe als in den vorigen Zeitabschnitten, alle Gruppen, die definiert wurden, konnten in dieser Phase im Subsystem erfasst werden.

Abbildung 41: Verteilung der Subsystem-Mitglieder nach Fraktionen in Prozent, 2002-2012

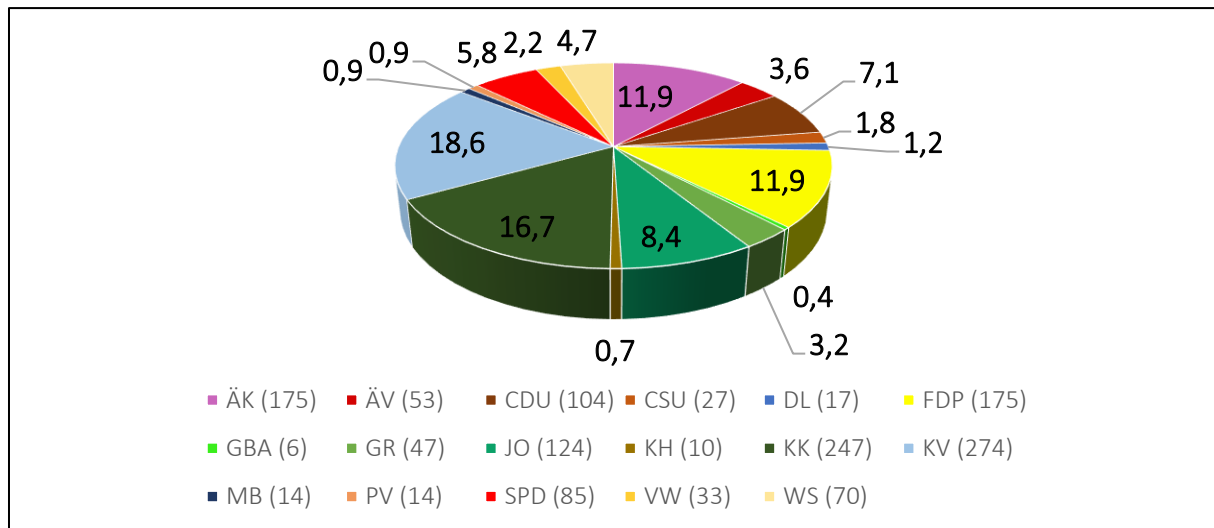


Quelle: Datenbank

Vertreter von CDU, CSU und SPD sowie Wissenschaftler und Angehörige der Verwaltung machten im Vergleich zur zweiten Phase zwar wieder einen größeren Anteil an allen individuellen Akteuren aus. Allerdings beteiligten sich prozentual weniger Vertreter dieser Gruppen als noch in der ersten Phase. Dagegen nahmen in der dritten Phase wieder zahlreiche Vertreter der Krankenkassen am Diskurs teil, während Politiker der FDP weiterhin einen großen Anteil ausmachten. Anteilsmäßige Zuwächse gab es auch bei Akteuren mit Bezug zu den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Ärztekammern. Bei der Analyse fiel auch auf, dass mehr Akteure als in den ersten beiden Phasen institutionell mit der Landesebene verbunden

waren. Dies galt insbesondere für die teils sehr aktiven Minister für Gesundheit oder Soziales der einzelnen Länder oder Vertreter einzelner KVen.

Abbildung 42: Prozentualer Anteil an der Summe der Statements pro Fraktion, 2002-2012



Quelle: Datenbank

Obwohl Akteure aus 17 Gruppen gezählt wurden, besaßen die Vertreter von fünf Gruppen etwas mehr als zwei Drittel Anteil an der Gesamtheit der Statements: An der Spitze die Vertreter der KVen, dann folgten Akteure mit Bezug zu den Krankenkassen, der FDP, der Ärztekammern sowie Journalisten. Im Falle der FDP fielen ein Großteil des Volumens auf die beiden Bundesminister Rösler und Bar.

Einflussreiche Akteure

Nach den in Abschnitt 4.3.2 festgelegten Kriterien wurden Gesundheitsministerin Schmidt und ihre Nachfolger Rösler und Bahr (vgl. 875, 753 und 140), die parlamentarischen Staatssekretärinnen und Bundestagsabgeordneten Caspers-Merk, Flach und Widmann-Mauz (636, 883 und 046) sowie die Bundestagsabgeordneten Bender, Bunge, Henke, Koschorrek, Lauterbach, Lindemann, Michalk, Parr, Reimann, Schösser, Singhammer, Spahn, Terpe, Volkmer und Zöllner als einflussreiche Akteure identifiziert (Akteursnummern 093, 661, 804, 789, 550, 594, 630, 147, 106, 272, 504, 497, 374, 648 und 950). Durch die verschiedenen Mehrheiten im Bundestag in der dritten Phase des Untersuchungszeitraums waren nicht alle diese Akteure durchgehend oder gar nicht Teil der Regierungsmehrheit. Da aber auch beispielsweise das GMG von 2003 sowohl durch die Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen und SPD als auch durch die oppositionelle CDU/CSU getragen wurde, wurden auch Bundestagsabgeordnete der jeweiligen Opposition als einflussreiche Akteure anerkannt. Zu

den einflussreichen Akteuren gehörten auch die SozialministerInnen von Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein, Stolz, Grüttner, Dreyer, Orosz und Garg (vgl. 698, 831, 613, 404 und 390) sowie die Gesundheitsministerinnen von Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen, Schwesig, Steffens und Özkan (vgl. 621, 064 und 059). Wie in Abschnitt 5.3.3 galt auch hier, dass nicht alle Akteure gleichzeitig Einfluss besaßen. Im Vergleich mit der ersten Phase des Untersuchungszeitraums vertraten die 29 einflussreichen Akteure zwischen 2002 und 2012 auch deutlich unterschiedlichere Policy Core Beliefs, so dass eine Zusammenfassung an dieser Stelle wenig sinnvoll wäre. Stattdessen wurde ausschließlich in Abschnitt 5.7 bei der Variablen *soziale Kohäsion* dargestellt, wie viele der eben genannten Individuen einen Policy Core Belief vertraten.

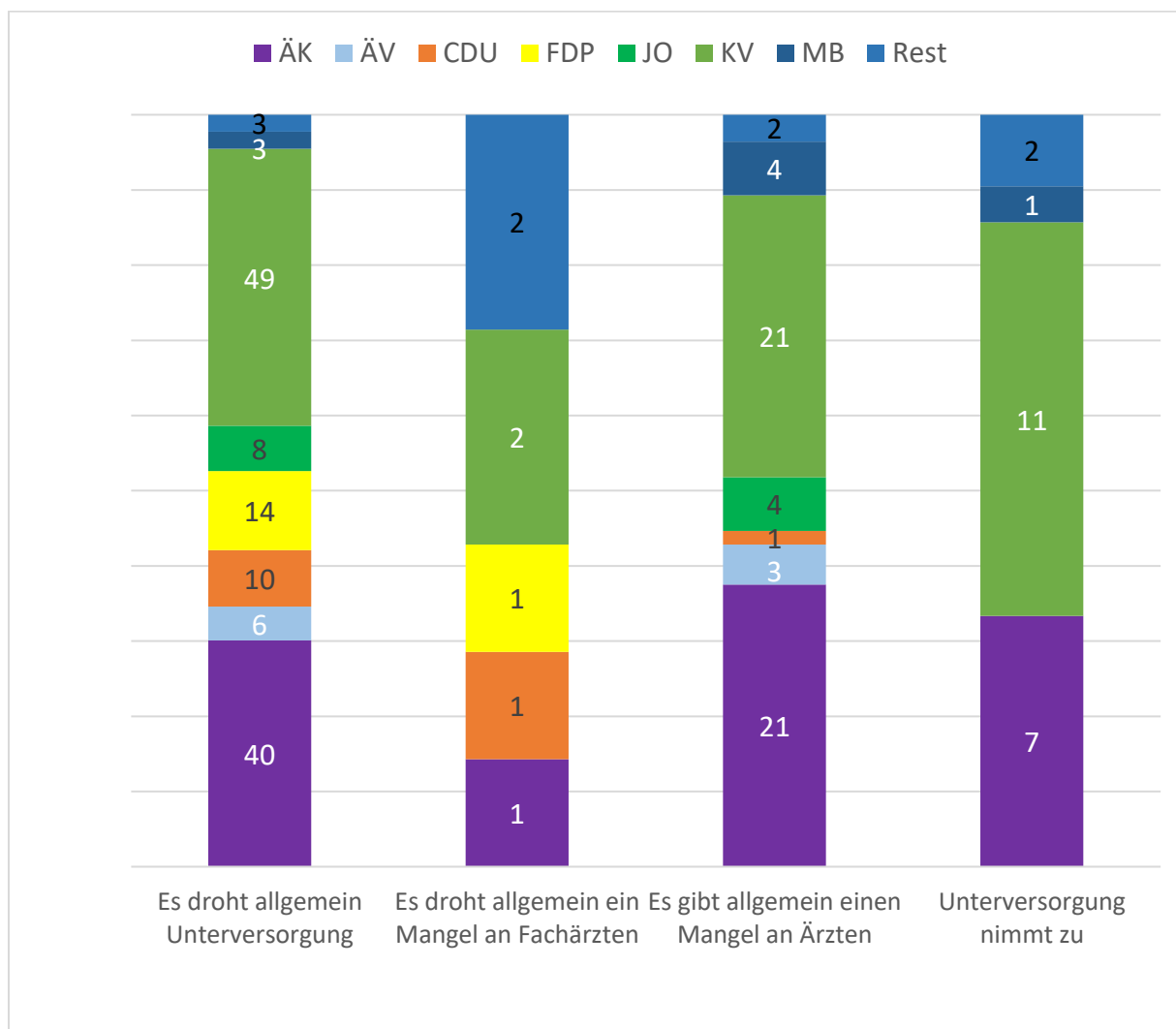
Diskurs-Kollektive und öffentliche Meinung

Obwohl sich nach wie vor einige Akteure für oder gegen Bedarfssteuerung an sich aussprachen, war dies in der dritten Phase nicht die Hauptkonfliktlinie. Die entsprechenden Beliefs hatten nur mittelstarke Volumina (vgl. 447-455) und verloren ihren Status als Policy Core Beliefs. Umstritten war dagegen, ob allgemein Unterversorgung drohte oder ob die Situation eher von Fehlverteilungen geprägt war. Davon hing auch ab, ob eher Anreize geschaffen werden sollten, um mehr Ärzte für die ambulante Tätigkeit zu motivieren, oder ob die Fehlverteilungen mit einer Mischung aus Anreizen und Zwangsmaßnahmen ausgeglichen werden sollten. Erstere Ansicht wurden von den Mitgliedern des *Unterversorgungskollektivs* vertreten, während Akteure, die letztere äußerten, als *Fehlverteilungskollektiv* zusammengefasst wurden.

Das Unterversorgungskollektiv wurde in seinen Grundzügen durch die *allgemeine Unterversorgungs-Theorie* sowie die *Anreiz-Methodik* definiert. Im theoretischen Bereich hingen die Mitglieder dieses Kollektivs darüber hinaus der *Attraktivitätsverlust*-, der *Ausgabensteigerungs*-, der *Mitversorgungs*- sowie der *Nachwuchsmangel-Theorie* an, zudem unterstützten sie die *Theorien der gleichwertigen Lebensverhältnisse*, der *demographischen Aufwands-Steigerung* sowie des *medizinischen Fortschritts*. Im empirischen Bereich verwiesen sie häufig auf sinkende Zahlen bei bestimmten Arztgruppen (vgl. 174-311) und Medizinstudenten beziehungsweise -absolventen (vgl. 404-424) sowie den steigenden Altersdurchschnitt der Ärzte (vgl. 214, 215, 383 und 385). Sie betonten auch, dass die Arbeitszeit pro Arzt sinke und der Anteil weiblicher Mediziner zunehme. Letztere würden zudem statistisch weniger Zeit mit Arbeit verbringen als ihre männlichen Kollegen (626-630).

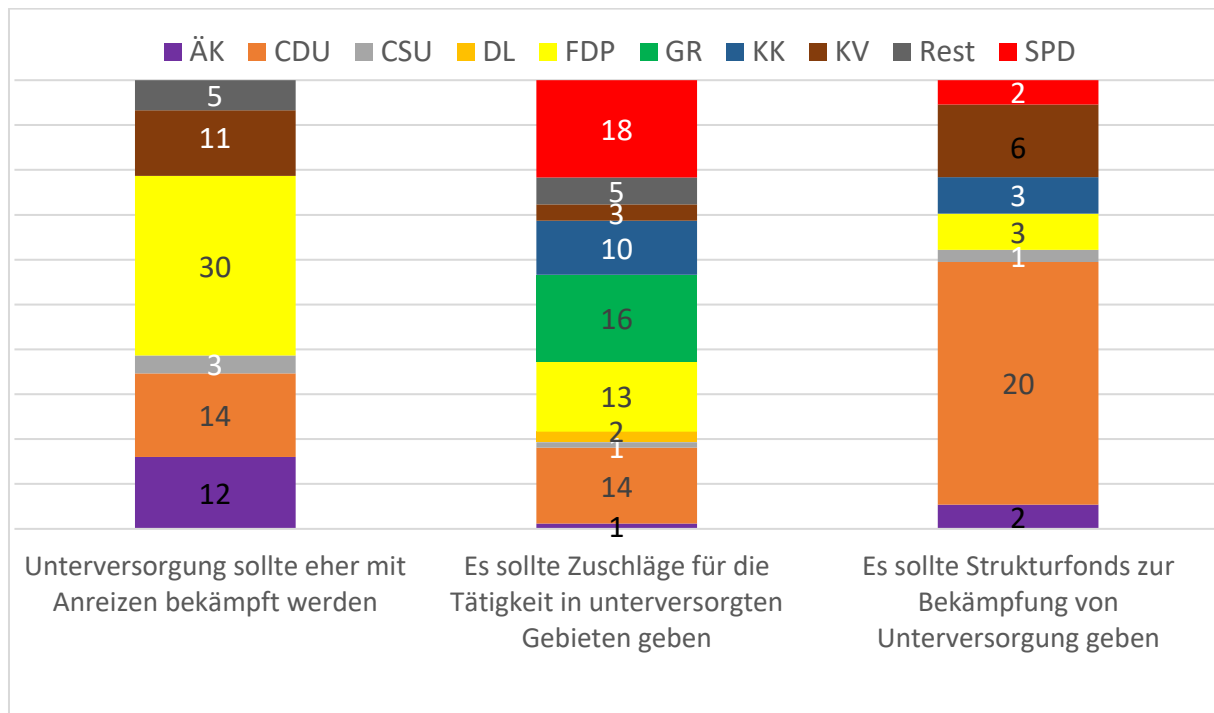
Zu den wichtigsten Einzel-Beliefs, die nahezu ausschließlich von Mitgliedern des Unterversorgungskollektivs vertreten wurden, gehörte die Forderung, dass die Freiberuflichkeit in der ambulanten Medizin dominieren sollte (vgl. 470). Aus der Analyse der Verteilung dieser Beliefs auf die einzelnen Fraktionen ging hervor, dass hauptsächlich Vertreter der Ärztekammern, der freien Ärzteverbände, des Marburger Bundes und der KVen sowie Politiker der FDP Haupt-Mitglieder in diesem Kollektiv waren (vgl. 5.5.2).

Abbildung 43: Verteilung der Beliefs der allgemeinen Unterversorgungs-Theorie



Quelle: Datenbank

Abbildung 44: Verteilung ausgewählter Beliefs der Anreiz-Methodik

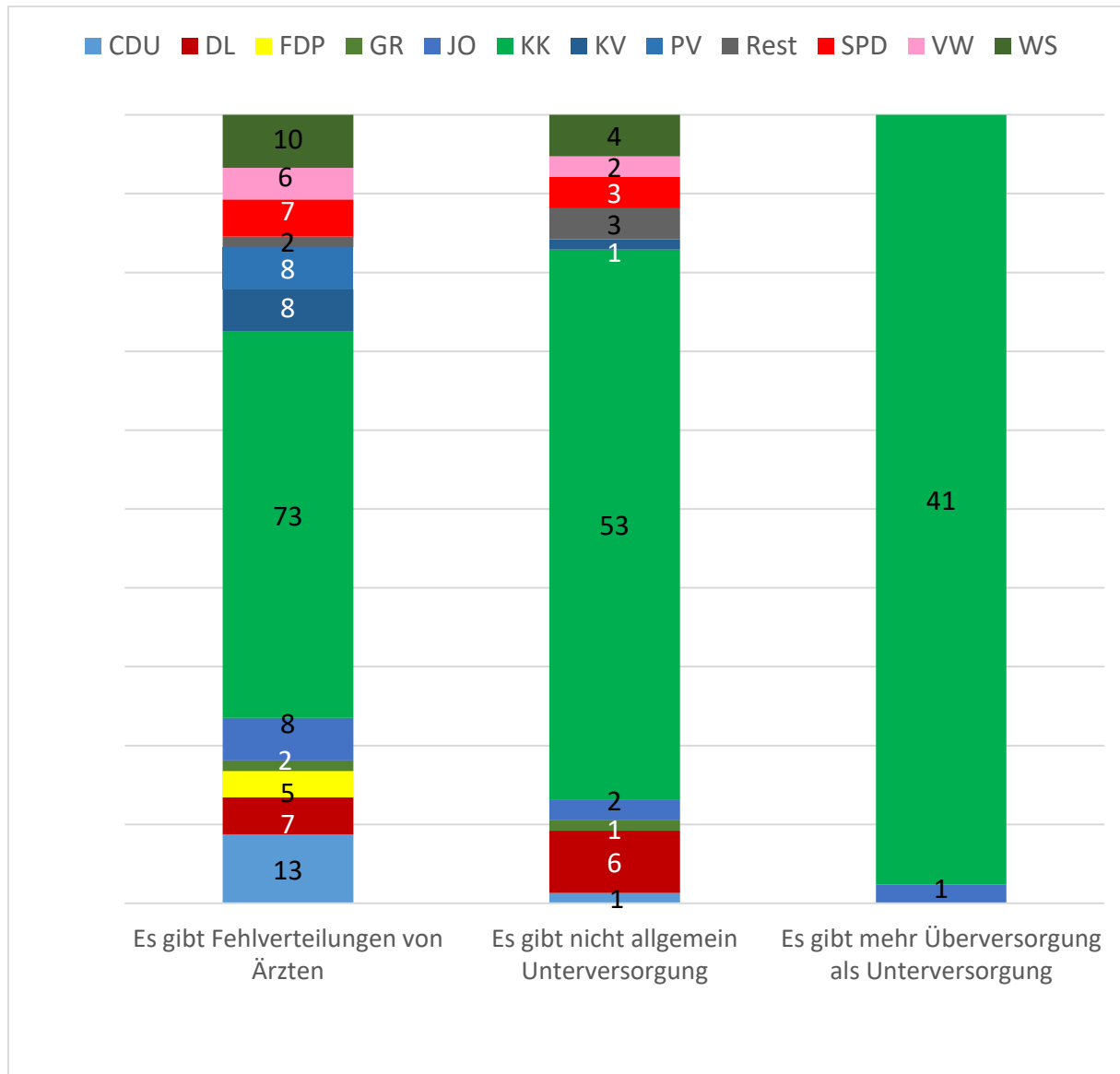


Quelle: Datenbank

Die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs vertraten die namensgebende *Fehlverteilungstheorie*, die sie mit der *Übersorgungs-Theorie* und der *Kosten-Theorie* kombinierten. Dahinter verbarg sich die Annahme, dass es neben lokaler Unterversorgung auch ein gewisses Maß an Übersorgung gebe, welches unnötige Kosten verursache und verhindere, dass Lücken in der ambulanten Versorgung geschlossen werden konnten. Innerhalb des Kollektivs verwiesen besonders die Vertreter der Krankenkassen darauf, dass es mehr über- als unterversorgte Planungsgebiete gebe (vgl. 112). Auf der methodischen Ebene wurde hauptsächlich die *Übersorgungs-Reduktions-Methodik* unterstützt. Ein definierender Policy Core Belief hierbei war die Forderung, Unterversorgung durch den Abbau von Übersorgung zu bekämpfen (vgl. 346). Im empirischen Bereich betonten sie Übersorgung und Zuwächse bei einzelnen Arztgruppen (vgl. 173-315) sowie die Zunahme der Arztzahlen insgesamt (vgl. 523). Vertreter dieses Kollektivs wiesen auch darauf hin, dass in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Ärzte praktizierten (vgl. 563). Der *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung* begegneten die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs mit dem Hinweis, dass die Bevölkerungszahl zumindest lokal abnehme, so dass weniger Ärzte benötigt würden (vgl. 564). Dieses Kollektiv bestand

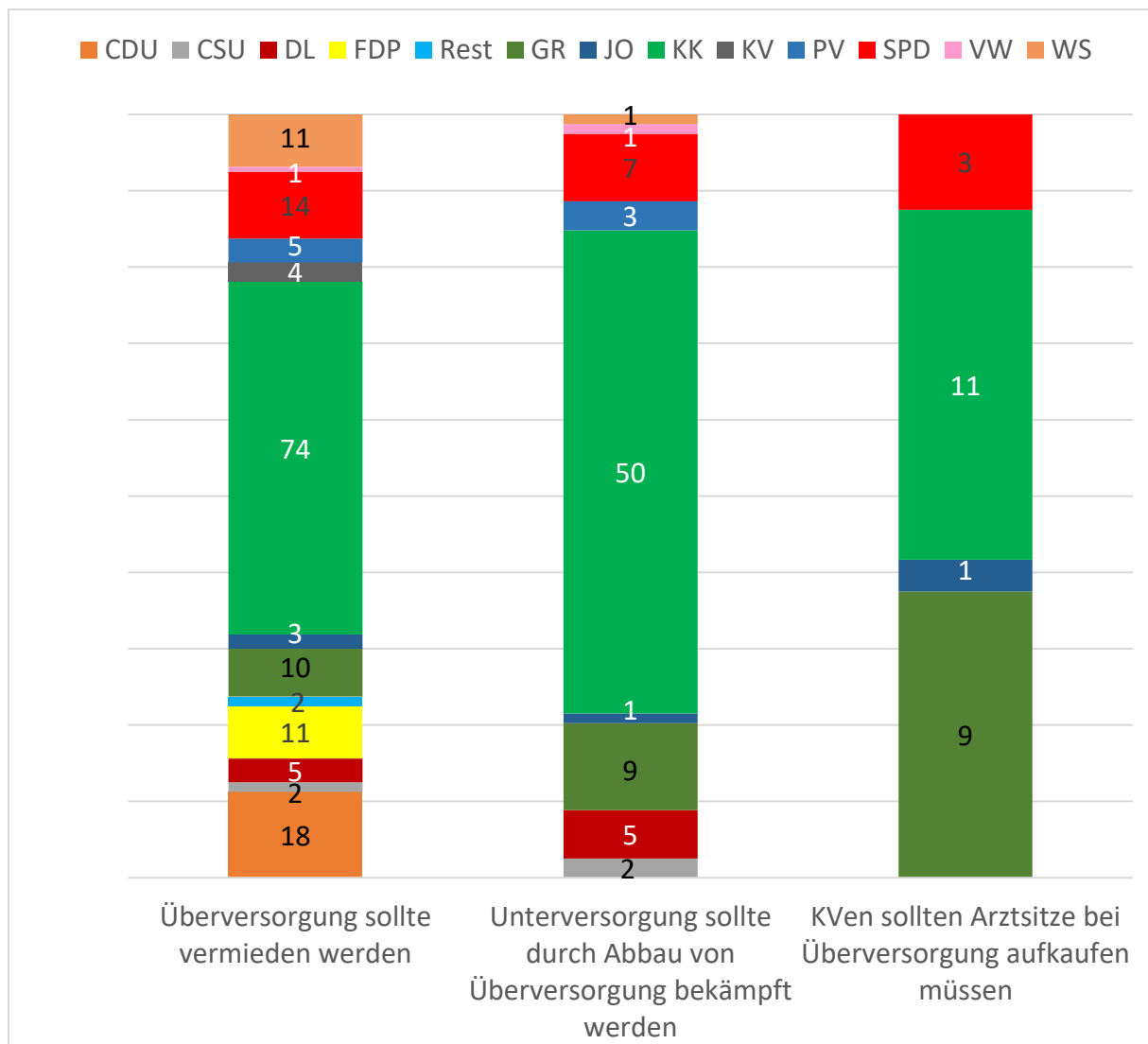
hauptsächlich aus Vertretern der Krankenkassen und der Partei DIE LINKE beziehungsweise ihrer Vorgängerparteien.

Abbildung 45: Verteilung ausgewählter Beliefs der Fehlverteilungs-Theorie



Quelle: Datenbank

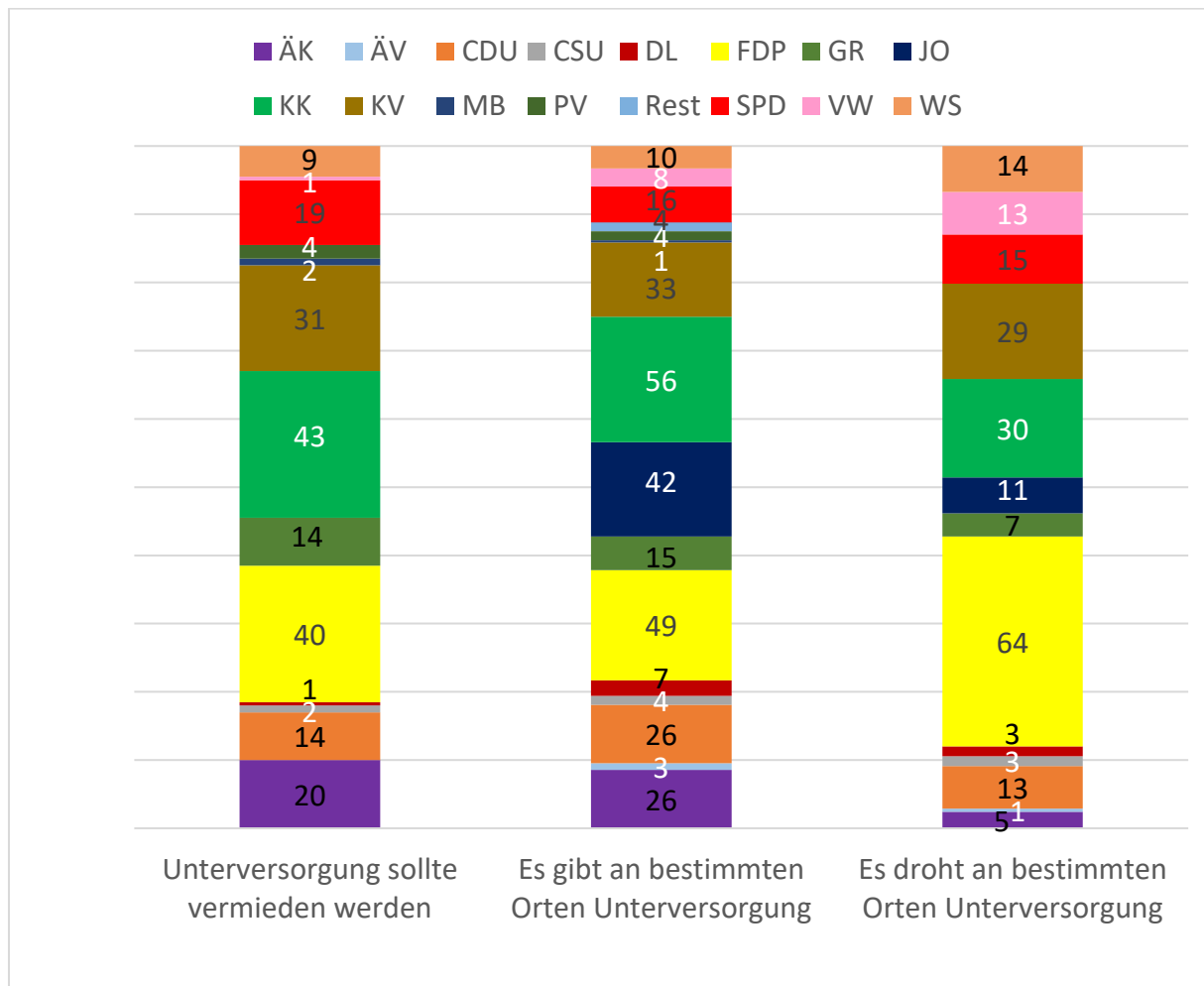
Abbildung 46: Verteilung ausgewählter Beliefs der Überversorgungs-Reduktions-Methodik



Quelle: Datenbank

Es zeigte sich, dass die Konfliktlinien in der dritten Phase weniger streng zwischen den Kollektiven verliefen. Auch wenn für das Unterversorgungskollektiv die Gefahr einer allgemein drohenden oder existierenden Unterversorgung wichtiger war, erkannten zumindest einige seiner Mitglieder lokale Überversorgung nach der Definition der Bedarfsplanungs-Richtlinie an. Im Gegensatz zur *allgemeinen Unterversorgungs-Theorie* konnten umgekehrt die Beliefs der *bedingten Unterversorgungs-Theorie* nicht nur bei Vertretern des Unterversorgungskollektivs, sondern auch bei Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs in zumindest schwachen Ausprägungen nachgewiesen werden. Exemplarisch hierfür war auch der am häufigsten geteilte Policy Core Belief „Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung“, der immerhin zehn Prozent seines Volumens von Vertretern der Krankenkassen und ihrer Verbände erhielt.

Abbildung 47: Verteilung ausgewählter Beliefs der bedingten Unterversorgungs-Theorie



Quelle: Datenbank

Akteure aus beiden Kollektiven traten zudem für eine Reform der Bedarfssteuerung ein, bei der auch die Grenzen zwischen den Sektoren überwunden werden sollten (vgl. 443 und 464). Dabei sprachen sie sich für mehr Flexibilität bei der lokalen Ausgestaltung der ambulanten Versorgung sowie mehr Kooperation zwischen den Ärzten aus (vgl. 498 und 499). Auch die Ablehnung und Befürwortung von Bedarfssteuerung an sich ging über die Grenzen der Kollektive hinweg (vgl. 447 und 448). Ein relativ hohes Maß an Einigkeit herrschte zudem bei den *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. Für die Variable *analytischer Zugang* ist es wichtig zu wissen, in welchem Ausmaß die Akteure aus denselben Statistiken zitierten. Hier zeigte sich, dass sich die Vertreter beider Kollektive in mehreren Quellen auf die Arztzahlen des Statistischen Bundesamts, der Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stützten (vgl. z.B. 1139 oder 1388). Wie die unterschiedliche Betonung von Zu- und Abnahmen sowie Über- und Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen und

insgesamt zeigte, zogen die Akteure aber unterschiedliche Schlüsse aus den Daten. Damit zeigte dieser Fall auch, dass sich Akteure trotz eines insgesamt eher hohen *analytischen Zugangs* im Bereich der Daten dennoch im Konflikt befinden können, wenn höherrangige Beliefs aufeinanderprallen. Die Auseinandersetzung war aber, trotz der Unvereinbarkeit der Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ und „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ im Vergleich mit anderen Subsystemen eher schwach ausgeprägt (Munro 1993). Dies wird sich bei den Beispiel-Akteuren in Abschnitt 5.7 noch deutlicher zeigen.

Insgesamt wurde Unterversorgung in ihren unterschiedlichen Ausprägungen stärker referenziert und problematisiert als Überversorgung. Auch wurden die Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs ebenso wie die Policy Core Beliefs darin insgesamt häufiger geteilt als jene des Fehlverteilungskollektivs. Im Vergleich zum ersten Abschnitt war die Verteilung der Subsystem-Mitglieder und der einflussreichen Akteure aber ausgeglichener. Während die Fraktionen ÄK, ÄV, FDP, KV und MB eindeutig dem Unterversorgungskollektiv zuneigten und die Fraktionen DL und KK die Haupt-Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs bildeten, konnte eine Ambivalenz bei den Fraktionen CDU, CSU, GBA, GR, JO, KH, PV, SPD, VW und WS beobachtet werden. Manche davon waren annähernd gleich zwischen beiden Kollektiven verteilt (GBA, SPD, WS), während andere eher dem Unterversorgungskollektiv (CDU, CSU, JO, VW) oder dem Fehlverteilungskollektiv (GR, PV) zuneigten. Auch dies wurde als Indiz gewertet, dass es im Vergleich mit dem ersten Abschnitt mehr Gemeinsamkeiten zwischen den konkurrierenden Kollektiven gab. Das Unterversorgungskollektiv besaß mehr Mitglieder als sein Gegenpart. Zudem neigten einflussreiche Akteure mit Ämtern auf Bundes- oder Länderebene, wie Gesundheitsminister und -senatoren oder Mitglieder der Regierungsmehrheit im Bundestag ihm und den Themen Existenz und Vermeidung von Unterversorgung stärker zu. Dies wird bei den Beispiel-Akteuren Bahr, Rösler und Spahn noch deutlich werden. Allerdings hoben sie zumindest zu einem gewissen Teil auch Überversorgung und Fehlverteilungen hervor. Das Fehlverteilungskollektiv war zahlenmäßig kleiner und seine Haupt-Mitglieder verfügten weder über Vetopositionen noch über Posten in den Institutionen zur Festlegung der Rahmengesetzgebung. So konnte es trotz vergleichbarer Volumina seiner Theorien und Methoden nur wenige Forderungen in die Gesetzgebung in der dritten Phase einbringen. Derselbe Trend konnte für die dritte Phase auch in der öffentlichen Meinung

beobachtet werden. Es überwog auch hier insgesamt die Warnung vor Unterversorgung, dennoch wurde in zahlreichen Statements Überversorgung thematisiert.

Abbildung 48: Verteilung der Theorien und Methoden 2002-2012

| Fraktion | Fehlverteilungskollektiv | | | | Unterversorgungskollektiv | | | | | | | | | | Neutral | |
|----------|--------------------------|----------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|---|---|--|-----------------|-----------------------------------|--|--|
| | Fehlverteilungs-Theorie | Kosten-Theorie | Überversorgungstheorie | Überversorgungs-Reduktions-Methodik | Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Attraktivitätsverlust-Theorie | Ausgabensteigerungs-Theorie | Mitversorgungs-Theorie | Nachwuchsmangel-Theorie | Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | Theorie des medizinischen Fortschritts | Anreiz-Methodik | Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Organisatorische Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | |
| ÄK | 2 | 0 | 2 | 4 | 69 | 104 | 22 | 9 | 41 | 10 | 13 | 4 | 33 | 63 | 92 | |
| ÄV | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 6 | 5 | |
| CDU | 14 | 3 | 19 | 32 | 12 | 36 | 4 | 2 | 54 | 11 | 7 | 0 | 72 | 71 | 80 | |
| CSU | 2 | 0 | 6 | 7 | 1 | 10 | 1 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 13 | 11 | 20 | |
| DL | 13 | 9 | 12 | 17 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 16 | 17 | |
| FDP | 5 | 0 | 27 | 22 | 15 | 183 | 6 | 1 | 95 | 13 | 40 | 0 | 141 | 191 | 34 | |
| GBA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | |
| GR | 4 | 10 | 14 | 45 | 0 | 13 | 0 | 0 | 3 | 9 | 1 | 0 | 16 | 55 | 69 | |
| JO | 12 | 1 | 23 | 9 | 12 | 27 | 2 | 1 | 9 | 2 | 6 | 1 | 5 | 78 | 6 | |
| KH | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| KK | 190 | 94 | 223 | 287 | 0 | 8 | 0 | 2 | 3 | 6 | 23 | 0 | 20 | 175 | 110 | |
| KV | 11 | 3 | 27 | 14 | 83 | 88 | 30 | 41 | 76 | 24 | 68 | 12 | 31 | 121 | 108 | |
| MB | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 17 | 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | |
| PV | 8 | 3 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 8 | 0 | 0 | 10 | 2 | |
| SPD | 10 | 3 | 32 | 45 | 2 | 28 | 23 | 0 | 13 | 5 | 1 | 1 | 27 | 78 | 62 | |
| VW | 8 | 0 | 7 | 4 | 2 | 11 | 2 | 0 | 7 | 8 | 8 | 2 | 10 | 32 | 51 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| WS | 14 | 16 | 29 | 34 | 2 | 6 | 2 | 2 | 37 | 13 | 22 | 9 | 7 | 49 | 55 |
| Σ | 294 | 142 | 431 | 530 | 217 | 541 | 103 | 69 | 351 | 112 | 203 | 33 | 382 | 965 | 713 |

Quelle: Datenbank

Abbildung 49: Verteilung der Policy Core Beliefs 2002-2012

| Policy Core Belief | Volumen | Subsystem-Mitglieder | Davon einflussreiche Akteure |
|---|---------|----------------------|------------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 304 | 163 | 23 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 247 | 105 | 20 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 208 | 136 | 21 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 205 | 87 | 14 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 200 | 102 | 25 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 160 | 72 | 18 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 149 | 73 | 16 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 133 | 49 | 10 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 79 | 44 | 8 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 76 | 46 | 5 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 75 | 33 | 14 |

Quelle: Datenbank

Abbildung 50: Die Top-15 Beliefs in der öffentlichen Meinung 2002-2012

| Belief | Volumen | Ebene |
|--|---------|--------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 124 | Policy Core Belief |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 115 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 95 | Secondary Aspect |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 93 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 90 | Secondary Aspect |
| Versorgungsforschung sollte ausgebaut werden | 83 | Secondary Aspect |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 77 | Secondary Aspect |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 75 | Policy Core Belief |
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 75 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 71 | Policy Core Belief |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 68 | Policy Core Belief |
| Es gibt gesperrte Gebiete | 61 | Secondary Aspect |
| Es gibt unterversorgte Gebiete in Ostdeutschland | 61 | Secondary Aspect |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 58 | Policy Core Belief |

| | | |
|---|----|---------------|
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 58 | überg. Belief |
|---|----|---------------|

Quelle: Datenbank

5.6 Zusammenfassung zum Subsystem

Das Subsystem Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens wies bei der Problemstruktur, den Beliefs, den Akteuren, den Kollektiven sowie seiner Salienz für die Mitglieder einige Merkmale auf, die sich für einen Vergleich mit anderen Subsystemen im Allgemeinen sowie eine Einordnung in die ACF-Forschung im Speziellen eignen. Um eine solche Arbeit zu erleichtern, wurden sie in diesem Abschnitt zusammengefasst.

Problemstruktur

Für eine systematische Darstellung der Problemstruktur bieten sich die fünf Dimensionen von Heinelt an (2007, S. 113–116). Dazu gehört erstens der Wirkungsradius des Problems, ausgedrückt in der Zahl der von ihm betroffenen Menschen. Dieser umfasste die große Mehrheit der Einwohner der Bundesrepublik Deutschland, da nur die zahlenmäßig kleine Gruppe der Privatärzte³⁵ sowie verschiedene kleinere Arztgruppen nicht der Bedarfssteuerung unterlagen. Allerdings wirkte sie unterschiedlich stark, abhängig vom Wohnort. Während Bewohnern urbaner, wohlhabender Räume meist eine große Auswahl an Ärzten zur Verfügung stand, machten sich die Mängel der Bedarfssteuerung eher in ländlichen und sozial schwächeren Räumen bemerkbar. Dies galt insbesondere in Ostdeutschland. Rückgänge waren zudem eher in der hausärztlichen als in der spezialärztlichen Versorgung zu beklagen. Neben der medizinischen Versorgung wirkte sich zudem die finanzielle Belastung auf die Beitragszahler aus, die sich aus der insgesamt steigenden Zahl der Ärzte sowie den Ausgaben zur Sicherung der ambulanten Versorgung nach 2002 ergab. Da diese allerdings nicht in den Beitragssätzen als einzelner Kostenblock ausgewiesen wurden, waren sie für den Einzelnen ohne Recherche der Ausgabenstruktur der GKV nicht zu erfassen. Aggregiert mit den übrigen Ausgaben der Krankenkassen trugen sie aber dazu bei, den Willen zur Ausgabenbegrenzung zu stärken, der sich durch die Gesundheitsreformen der 1980er- und 90er-Jahre zog.

Von den Policy-Effekten als zweiter Dimension war dagegen ein deutlich kleinerer Kreis von Akteuren direkt betroffen. Diese erstreckten sich einerseits auf die Vertragsärzte und

³⁵ Diese machten zum Beispiel im Jahr 2008 nur ca. 5200 von 138.330 ambulant tätigen Ärzten aus. Dies entsprach einem Anteil von gerundet 3,8 Prozent (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009, S. 9).

angestellten Ärzte sowie Bewerber für eine dieser Tätigkeiten. So wurden Ärzte, die ambulant tätig werden wollten, zunächst mit der Pflicht zur Fortbildung sowie lokalen Zulassungsbeschränkungen im Zugang zu dieser Versorgungsform lokal und temporär eingeschränkt. Bereits zugelassene Mediziner unterlagen nach dem GSG Altersgrenzen für ihre Tätigkeit als Vertragsarzt, mussten aber nur noch in geringerem Maße die Zunahme von Konkurrenz durch hinzukommende Ärzte fürchten. In der dritten Phase profitierten dagegen sowohl die bereits tätigen als auch die angehenden Vertragsärzte von finanziellen und organisatorischen Verbesserungen. Direkt betroffen waren auch jene Akteure, welche eine der gesetzlichen Krankenversicherungen oder ihre Verbände vertraten. Diese profitierten nach 1993 davon, dass zumindest in gesperrten Gebieten Ärzte nur noch aufgrund von Sonderbedarfen und im Zuge der Nachbesetzung hinzukamen. Dadurch entfielen für die von ihnen vertretenen Krankenkassen auch die erhöhten Ausgaben, die aus dem Konkurrenzkampf in der Folge eines unregelmäßigen Zugangs an Ärzten erwachsen wären. Dafür mussten sie mit den Kosten umgehen, die einerseits aus der Tätigkeit von Ärzten in überversorgten Gebieten und andererseits aus den finanziellen Maßnahmen gegen Unterversorgung entstanden.

Als dritte Dimension nennt Heinelt die Berechenbarkeit sowohl der Entwicklung der gesellschaftlichen Umwelt als auch der Auswirkungen politischer Programme. Die Bedarfssteuerung zwischen 1982 und 2012 war ein Subsystem, in welchem für zahlreiche Parameter Statistiken existierten. Dazu gehörten beispielsweise die Zu- und Abgangsraten einzelner Arztgruppen, das Durchschnittsalter der Ärzte sowie der Bevölkerung oder die Arbeitslosenraten in diesem Berufsstand. In einem Subsystem-übergreifenden Vergleich müsste man allerdings bedenken, dass die Akteure diese Parameter teilweise unterschiedlich interpretierten. So war beispielsweise die Zunahme der ambulant tätigen Ärzte für die Vertreter des Fehlverteilungskollektivs ein Indiz für Überversorgung, während die Anhänger des Unterversorgungskollektivs sie mit den sinkenden Arbeitszeiten pro Arzt relativierten. Auch die Anpassungen des politischen Programms entwickelten sich teilweise anders als gedacht. So flachte sich zwar das Wachstum der Ärzte im ambulanten Sektor in den 1990er-Jahren ab. Den prozentual stärksten Zuwachs erfuhr das GKV-System aber vor der Einführung der lokalen Zulassungssperren 1993, als sich viele Ärzte noch frei niederlassen wollten. Auch der 2010 implementierte Demographie-Faktor wurde 2012 wieder außerkraftgesetzt, da er nicht zu der beabsichtigten Verbesserung der Versorgung älterer Menschen beitrug (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012c).

Die vierte Dimension beschreibt die Grenzen zu anderen Politikfeldern sowie zwischen der Akteurs-Konstellation, die das Problem bearbeitet, und der Außenwelt. Trotz entsprechender Reformvorschläge blieb die ambulante Bedarfssteuerung während des gesamten Untersuchungszeitraums auf ihren Sektor beschränkt. Eine allgemeine Versorgungsplanung, die den stationären Sektor, die Berufsgruppe der Pflegekräfte oder gar eine bedarfsorientierte Ausbildung an den Universitäten systematisch eingeschlossen hätte, wurde zwischen 1982 und 2012 nicht etabliert. Das Subsystem Bedarfssteuerung geriet zwar nach 2002 in den Fokus der Öffentlichkeit. Es konnten allerdings keine Quellen gefunden werden, aus denen hervorgegangen wäre, dass es in Wahlkämpfen auf Bundesebene relevant gewesen wäre.

In der fünften Dimension Heinelts werden Interdependenzen zwischen einer Policy und der Außenwelt beschrieben. Das untersuchte Subsystem war mit verschiedenen anderen Subsystemen unterschiedlich stark verbunden. So berührte es die Hochschulpolitik bei der Frage, ob mehr oder weniger Medizinstudenten ausgebildet werden und diese durch Zwang oder Anreiz mit dem Berufsbild des Landarztes während der Ausbildung in Berührung gebracht werden sollten. Durch die Bedeutung des ambulant tätigen Arztes für die lokale Infrastruktur stand es mit der Politik für den ländlichen Raum in Verbindung. Im Rahmen der Kosten, welche aus den Honoraren der Ärzte sowie den von ihnen verordneten Leistungen hervorgingen, war das Subsystem zudem Teil der Gesundheitspolitik als Ganzes. Die Bedarfssteuerung der 1980er- und 1990er-Jahre war hier ganz entscheidend von den allgemeinen Bemühungen zur Kostendämpfung geprägt. Einflussreich war auch die Debatte über den demographischen Wandel sowie den medizinischen Fortschritt. In Summe zeichnete sich die Bedarfssteuerung im Untersuchungszeitraum durch die Vermischung mit zahlreichen anderen Subsystemen aus. Darin unterschied sie sich von einem Subsystem mit einem geographisch oder strukturell enger gefassten Konfliktgegenstand.

Beliefs

Im Bereich der Beliefs fiel auf, dass einige über alle Phasen hinweg vertreten wurden, andere aber an Bedeutung verloren oder erst später relevant wurden. Das galt nicht nur für Secondary Aspects, sondern auch für Policy Core Beliefs und die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene. So vertraten insbesondere Akteure mit Bezug zu den Krankenkassen in allen drei Phasen die Beliefs *„Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung“* und *„Es gibt allgemein Überversorgung“*. Aber auch sie beschäftigten sich nicht mehr mit dem Secondary Aspect *„Drohende Überversorgung“*.

sollte durch Weiterbildungsmaßnahmen abgefedert werden“ nach 1985. Der Belief *„Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben“* wurde nach 1993 noch zweimal referenziert, so dass er den Status eines Policy Core Beliefs verlor. In diesem Zusammenhang bemerkenswert war auch, dass in der dritten Phase der Widerstand gegen das Konzept von Bedarfssteuerung im Allgemeinen nur so sporadisch und nur noch von so wenigen Akteuren betrieben wurde, dass man diese nicht mehr als Kollektiv bezeichnen konnte. Die dazugehörigen Beliefs konnten parallel dazu ebenfalls nicht mehr auf der Policy Core-Ebene eingeordnet werden, Bedarfssteuerung als Prinzip hatte weitgehend Akzeptanz gefunden. Themen, die zeitweise die Konfliktlinie in einem Subsystem markieren, können also wieder an Bedeutung verlieren. Dafür wurden die Annahme, dass Unterversorgung allgemein drohe, erst nach dem Kopetsch-Gutachten von 2002 vertreten und erreichte den Status eines Policy Core Beliefs. Auch andere Beliefs zum Thema Unterversorgung stiegen zu Policy Core Beliefs auf.

Anzahl und Volumen der Beliefs pro Ebene und Phase

Bemerkenswert waren auch die Volumina, welche die Belief-Ebenen in den einzelnen Phasen am Diskurs besaßen. Die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene hatten in der ersten Phase insgesamt einen Anteil von 12,68 Prozent am gesamten Belief-Volumen. Policy Core Beliefs machten 31,48 Prozent aus, Secondary Aspects 55,85 Prozent.³⁶ Bei einer gleichmäßigen Verteilung des Volumens pro Belief hätten die Beliefs der supra-Subsystem- und der Policy Core Ebene lediglich einen Anteil von 7,21 beziehungsweise 6,76 Prozent besitzen dürfen. Secondary Aspects hätten dagegen 86,04 Prozent des Diskurses ausgemacht.³⁷ Unter den zehn Beliefs mit dem größten Volumen waren ein Belief der supra-Subsystem-Ebene, sechs Policy Core Beliefs aber nur drei Secondary Aspects. Allerdings besaßen die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene und die Secondary Aspects unter den fünf beziehungsweise zehn volumenstärksten Beliefs der ersten Phase ein größeres Volumen als wenn dieses unter ihnen gleichverteilt gewesen wäre.

³⁶ Errechnet durch Division des Belief-Volumens pro Ebene durch das gesamte Belief-Volumen.

³⁷ Errechnet durch Division der Anzahl der Beliefs pro Ebene durch die Gesamtzahl der Beliefs.

Abbildung 51: Anzahl der Beliefs und Volumen in Prozent, erste Phase

| Ebene | supra-Subsystem | Policy Core Beliefs | Secondary Aspects |
|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Top 5 | 1 / 26,42 % | 2 / 31,49 % | 2 / 42,09 % |
| Top 10 | 1 / 16,91 % | 6 / 47,99 % | 3 / 35,1 % |
| Insgesamt | 16 / 12,68 % | 15 / 31,48 % | 191 / 55,85 % |

Quelle: Datenbank

In der zweiten Phase verloren die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene und die Policy Core Beliefs im Subsystem an Volumen und damit an Bedeutung, so dass der Anteil der Secondary Aspects insgesamt auf 76,39 Prozent zunahm. Bei einer gleichmäßigen Verteilung hätten die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene einen Anteil von 7,5 Prozent am gesamten Belief-Volumen haben müssen. Policy Core Beliefs und Secondary Aspects hätten 7,5 beziehungsweise 85 Prozent Anteil besitzen müssen. Unter den zehn Beliefs mit dem höchsten Volumen an Äußerungen waren zwei Beliefs der supra-Subsystem-Ebene, ein Policy Core Belief und sieben Secondary Aspects. Diese Zahlen wurden als Beleg für die abnehmende Bedeutung des Subsystems für seine Mitglieder in dieser Zeit interpretiert.

Abbildung 52: Anzahl der Beliefs und Volumen in Prozent, zweite Phase

| Ebene | supra-Subsystem | Policy Core Beliefs | Secondary Aspects |
|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Top 5 | 1 / 17,27 % | 1 / 19,42 % | 3 / 63,31 % |
| Top 10 | 2 / 18,01 % | 1 / 12,8 % | 7 / 69,19 % |
| Insgesamt | 12 / 10,97 % | 12 / 12,64 % | 136 / 76,39 % |

Quelle: Datenbank

Mit dem Paradigmenwechsel ab 2002 nahm die Bedeutung der Policy Core Beliefs wieder stark zu. Das machte sich besonders daran bemerkbar, dass acht der zehn volumenstärksten Beliefs und 81,48 Prozent des Belief-Volumens in dieser Auswahl der Policy Core-Ebene entstammten. Auch insgesamt besaßen die elf Policy Core Beliefs ein Volumen von 17,54 Prozent, während die 21 Beliefs der supra-Subsystem-Ebene immerhin einen Volumen-Anteil von 10,86 Prozent besaßen. Wäre das Belief-Volumen gleichverteilt gewesen, hätten die übergeordneten Beliefs nur 3,9 Prozent, Policy Core Beliefs 2,1 Prozent und Secondary Aspects 94 Prozent Anteil besessen. Selbst wenn man berücksichtigt, dass Policy Core Beliefs *per definitionem* von vielen Akteure geteilt werden und daher ein hohes Volumen besitzen müssen, zeigte sich über alle drei Phasen hinweg, dass sie weit überdurchschnittlich in einem Subsystem präsent sein können. Aber auch die Bedeutung von Subsystem-externen Einflüssen spiegelte sich besonders in der ersten und der dritten Phase wider.

Abbildung 53: Anzahl der Beliefs und Volumen in Prozent, dritte Phase

| Ebene | supra-Subsystem | Policy Core Beliefs | Secondary Aspects |
|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Top 5 | 1 / 18,79 % | 4 / 81,21 % | 0 / 0 % |
| Top 10 | 1 / 11,31 % | 8 / 81,48 % | 1 / 7,21 % |
| Insgesamt | 21 / 10,86 % | 11 / 17,54 % | 504 / 71,60 % |

Quelle: Datenbank

Akteure

Die Bedarfssteuerung war während des Untersuchungszeitraums ein korporativ geprägtes Subsystem mit Kooperation und Konflikt. Einerseits fand Kooperation in den Institutionen zur Normsetzung mit Zwang zur Teilnahme statt: Etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012, die auf der Grundlage der verpflichtenden und zeitlich befristeten Vorgaben des GKV-VStG beruhte. Überschneidungen bei den Beliefs gab es auch in allen drei Phasen über die Kollektive hinweg. So wurde etwa der Wunsch nach einer Reform der Bedarfssteuerung sowohl von Mitgliedern des Unterversorgungs- wie auch des Fehlverteilungskollektivs vertreten. Konflikt im Subsystem beruhte auf unterschiedlichen gedanklichen Grundlagen der Kollektive: In der ersten Phase prallte das allgemeine politische Ziel „Solidarität mit bereits ausgebildeten Ärzten“ auf die Ziele „Finanzierbarkeit der GKV“ und „Bewahrung der eigenen beruflichen Stellung“. In der dritten Phase war die Gewährleistung der „Finanzierbarkeit“ durch die Vermeidung von Überversorgung weiterhin relevant. Sie stand nun aber mit dem Ziel „Wachstum der finanziellen Anreize“ in Konflikt. Dagegen waren sich in der Frage der „Solidarität“ die Vertreter beider Kollektive einig, dass die ambulante Versorgung für alle Versicherten gewährleistet und bestehende Unterversorgung vermieden werden sollte. Der Konflikt entzündete sich an der Frage, ob Lücken nur lokal oder allgemein bestanden oder drohten und ob sie durch Anreize oder zwangsweise Umverteilung zu schließen seien.

Beim Vergleich sowohl der Beliefs als auch der politischen Programme der ersten und der dritten Phase wurde klar, dass im Subsystem ein Paradigmen-Wechsel stattfand, ausgelöst durch das Gutachten von 2002. Er erfolgte in einer Art und Weise, wie sie ähnlich auch bei anderen Untersuchungen über derartige Prozesse in Theorie und Praxis beschrieben wurde (Hall 1993; Kuhn 1970; Leifeld 2013). So wurde das alte Paradigma nach einer Phase relativer Anerkennung durch ein hegemoniales Kollektiv zunehmend durch Anomalien, wie abnehmende Hausarzt-Zahlen oder lokale Unterversorgung erschüttert. Darauf erfolgte eine

Polarisation, die zu der Formierung des Unterversorgungs- und des Fehlverteilungskollektivs führte. Die Auseinandersetzung zwischen dem alten und dem neuen Paradigma wurde nicht ausschließlich wissenschaftlich, sondern auch politisch geführt. Auch wenn wissenschaftliche Daten, etwa über den Altersdurchschnitt der Ärzte, eine wichtige Rolle spielten, wäre das politische Programm aller Voraussicht nach anders ausgefallen, wenn nicht nach der Bundestagswahl 2009 CDU, CSU und FDP die Regierungskoalition gestellt hätten. Es ist allerdings wichtig, den Paradigmen-Wechsel nicht als das Ergebnis eines kollektiven sozialen Policy-Lernprozesses zu beschreiben. Nur 57 der 288 individuellen Akteure der dritten Phase waren auch schon vor 2002 im Subsystem aktiv, davon sogar nur 22 vor 1994. Zudem waren nicht alle dieser 57 Akteure Mitglieder des Unterversorgungskollektivs. Wie die folgenden Biographien der Beispiel-Akteure zeigen werden, wurde der größere Teil von ihnen erst nach 2002 im Subsystem aktiv. Dasselbe galt auch für nicht einzeln vorgestellte Individuen. Dazu zählten beispielsweise einflussreiche Akteure, wie Widmann-Mauz, Koschorrek, Singhammer oder Grüttner. Stattdessen war der Paradigmen-Wechsel eher die Folge der Zunahme von neuen Akteuren mit anderen Belief-Systemen als die ihrer Vorgänger. Diese Erkenntnis bestärkt Bandelows Annahme, dass bedeutende Informationen mit Bezug zur jeweiligen Policy personellen Wechsel voraussetzen, um ihre Diskurs-verändernde Wirkung zu entfalten (1999). Wo und wann diese neuen Akteure Policy-Lernen in Form von Belief-Diffusionen vor oder beim Eintritt in das Subsystem unterlagen, wurde allerdings nicht geprüft.

Koalitionen

In ihrem Report über den Stand der ACF-Forschung zeigen Weible, Sabatier und McQueen auf, dass verschiedene Autoren Koalitionen entdeckt haben, deren Mitglieder zwar gegen einen gemeinsamen Gegner kämpften, in anderen Policy Core Beliefs oder Secondary Aspects aber divergierten (2009, S. 130). Wie in Abschnitt 5.3 beschrieben, konnte ein ähnlicher Fall auch in der ersten Phase des Untersuchungszeitraums beobachtet werden. Charakteristisch für das Subsystem in der dritten Phase war auch die hohe Zahl an Akteuren, die sich im Subsystem engagierten und die hohe Varianz ihres geographischen oder institutionellen Hintergrunds. Auch wenn das Ausmaß und die Form von Kooperation nicht gemessen wurde, stellte sich die Frage, ob angesichts dieser unterschiedlichen Biographien Subsysteme tatsächlich immer und ausschließlich durch Koalitionen geprägt sind, bei denen die überwiegende Mehrheit der Akteure zumindest in rudimentärer Koordination verbunden ist. Die ACF-Forschung der

nächsten Jahre wird sich mit der Frage beschäftigen müssen, welchen Anteil koordiniertes Verhalten und einseitiges Handeln (Scharpf 2006) im politischen Prozess haben.

Salienz des Subsystems

Die Salienz des Subsystems als Ganzes, gemessen am Volumen der Statements schwankte enorm im Untersuchungszeitraum. Dabei fiel auf, dass die Hochpunkte meist kurz vor oder in den Reformjahren lagen. Dies galt etwa für die Jahre 1984-1986 mit der Einführung des Arztes im Praktikum sowie des GvKB, 1988 mit dem GRG, 1992-1993 mit dem GSG sowie dessen Implementierung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie, 2003 mit dem GMG, 2008 mit dem GKV-OrgWG sowie 2010-2011 mit dem GKV-VStG. Als einzige Ausnahme war die Subsystem-Salienz im Jahr 2006 trotz des VÄndG sehr gering und im Jahr 2009 auch ohne eine Reform des politischen Programms hoch. Die gesunkene Bedeutung des Subsystems in der zweiten Phase wurde besonders deutlich, wenn man die Zahl der Statements mit den anderen beiden Phasen vergleicht. Während in der ersten Phase im Durchschnitt 40,16 Statements abgegeben wurden, waren es zwischen 1994 und 2001 nur 21,25 in der dritten Phase sogar 134,09. Die deutlich höhere Salienz des Subsystems in der dritten Phase rührte zu einem großen Teil aus der Verfügbarkeit rein digitaler Quellen, so dass ein direkter Vergleich mit den ersten beiden Phasen irreführend wäre. Dennoch kann man auch hier von einer gesamthaft größeren Bedeutung des Subsystems als in der zweiten Phase ausgehen.

Abbildung 54: Gesamt-Subsystem-Salienz in Statements pro Jahr, 1982-1993

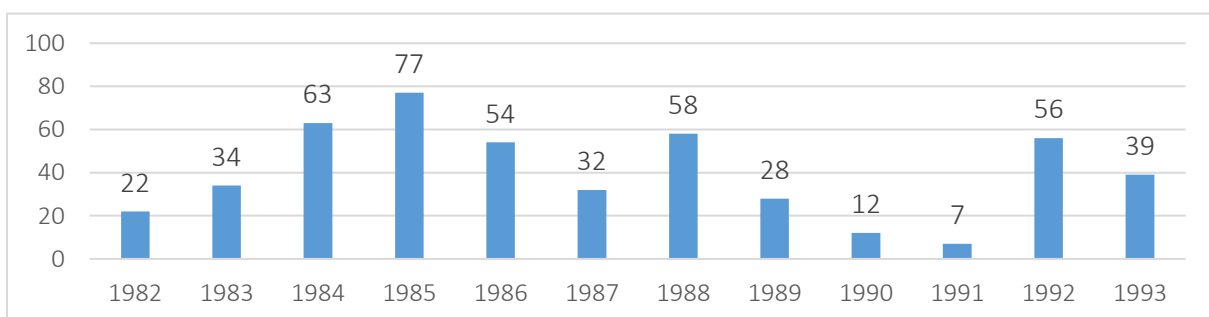


Abbildung 55: Gesamt-Subsystem-Salienz in Statements pro Jahr, 1994-2001

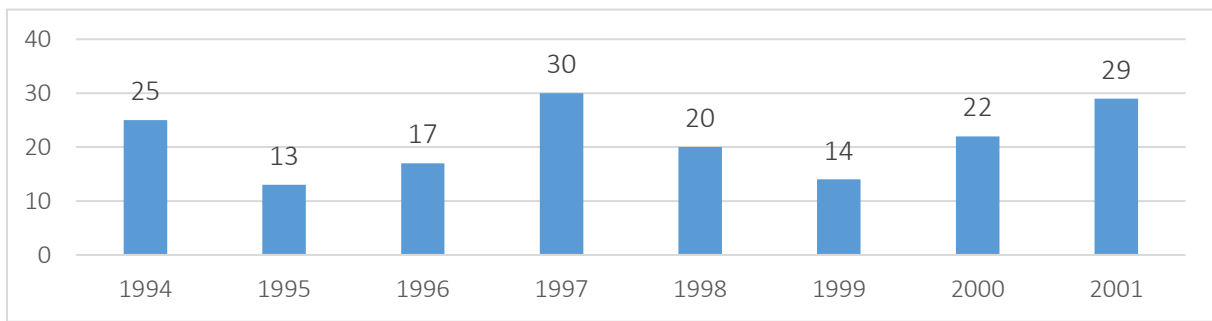
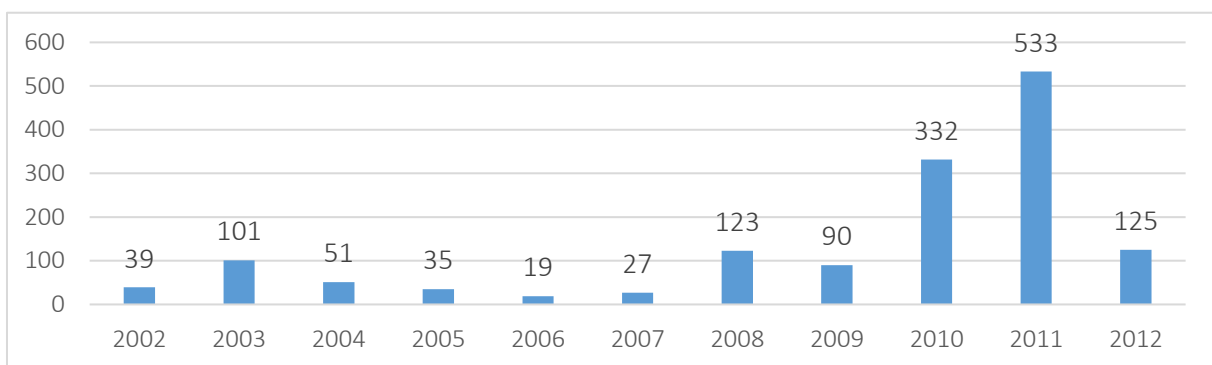


Abbildung 56: Gesamt-Subsystem-Salienz in Statements pro Jahr, 2002-2012



Quelle: Datenbank

Es erscheint möglich, dass sowohl die Ankündigung einer Reform die Salienz des Subsystems für die Akteure erhöht, als auch, dass eine Anpassung des politischen Programms das Ergebnis der häufigen Forderungen von Akteuren mit dementsprechend hoher Subsystem-Salienz ist. Da diese Beziehung nicht im Detail untersucht wurde, wird an dieser Stelle kein Versuch einer Erklärung dieses Phänomens unternommen. Diese Erkenntnis ist aber einerseits ein weiterer Beleg, dass Mitgliedschaft und Aktivität im Subsystem nicht statisch sind. Andererseits bedeutet es auch, dass nicht jeder Akteur zu jedem Zeitpunkt Policy Core Beliefs mit Nachdruck verwirklichen will, sondern dass neben dauerhaftem Engagement auch ein utilitaristischer Umgang mit Subsystemen vorkommt. Daher muss der Forscher darauf achten, die langjährige Perspektive für den Beobachtungszeitraum nicht mit einer Teilnahme aller Akteure am Politikprozess über diesen Zeitraum hinweg gleichzusetzen.

5.7 Beispiel-Akteure

Die Darstellung der Lernprozesse beziehungsweise des nicht-Lernens jedes einzelnen Akteurs für alle Phasen des Untersuchungszeitraums hätte den Umfang dieser Arbeit derart erweitert, dass die Übersichtlichkeit darunter gelitten hätte. Zudem haben zahlreiche Hilfs-Mitglieder nur

wenig Substantielles geäußert. Bei ihnen hätten sich die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen nicht überprüfen lassen. Im Fall veränderter Beliefs hätten die Äußerungen zudem meist nicht den Regeln zur Validierung von Lernen genügt. Daher wurde das Ausmaß der Lernprozesse nur für die zehn Akteure erforscht, welche insgesamt die meisten Statements äußerten. Das Ziel dabei war, das Ausmaß der einzelnen Variablen sowie die Wirkung der Kombination der Variablen auf das Lernverhalten gemäß den in den Abschnitten 4.3.3 und 4.3.4 erarbeiteten Methoden zu überprüfen. Dadurch wurde die Validität der Forschungshypothesen getestet. Die einzelnen Biographien beginnen mit einer Untersuchung der Intentionen des jeweiligen Akteurs, ehe die Wirkung der Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen vorgestellt wird. Zuletzt wird analysiert, warum ein Akteur gelernt oder nicht gelernt hat. Die folgenden Beispiel-Akteure wurden nach der Menge ihrer Statements absteigend sortiert.

Abbildung 57: Prüf-Schema der Beispiel-Akteure

| Akteur | Intentionen | Ego-, Alter und Objekt-zentrierte Variablen |
|-----------|-------------|---|
| Akteur 1 | | |
| ... | | |
| Akteur 10 | | |

Quelle: Eigene Darstellung

5.7.1 Andreas Köhler

Andreas Köhler war mit 97 Statements zwischen 2005 und 2012 der aktivste Akteur im Subsystem. Während dieser Zeit war er Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Intentionen

Wie die folgende Übersicht zeigt, vertrat Köhler eine große Zahl an Beliefs zu verschiedenen Aspekten des Subsystems. Aufgrund der hohen Gesamtzahl wurden diese bereits auf die wichtigsten Beliefs reduziert, die gesamte Liste kann der Datenbank entnommen werden. Zur besseren Orientierung wurde zudem die Laufnummer des jeweiligen Beliefs angegeben. Köhlers Intentionen bestanden erstens darin, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die ambulanten Vertragsärzte so ideal wie möglich auszugestalten. Dazu gehörte die Betonung von Freiberuflichkeit als wünschenswerteste Form ambulanter Berufsausübung ebenso wie das Ziel, Arbeitsbedingungen und Attraktivität des ärztlichen Berufs auf verschiedene Weise zu

verbessern (vgl. Beliefs 342; 470; 499; 517 und 636). Zweitens vertrat er den Wunsch nach einem wirtschaftlichen Wachstum des Gesundheitswesens. Das drückte sich sowohl in dem Ruf nach mehr Geld als auch in der für Köhler bedarfserhöhenden Wirkung des demographischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts aus (vgl. 479; 566 und 571). Die beiden letzten Beliefs waren zudem ein Echo der Subsysteme, denen sie entstammten. Es handelte sich hierbei also nicht um Deep Core Beliefs, sondern um handlungsleitende Beliefs übergeordneter Subsysteme. Drittens sollten sowohl der wohnortnahe Zugang zur ambulanten Versorgung für die Patienten als auch bundesweit gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung erhalten bleiben (vgl. 480 und 471). Köhlers Policy Core Beliefs reflektierten diese Axiome: Durch die Warnung vor drohendem und existierendem Mangel an ambulant tätigen Ärzten als Hauptproblem des Subsystems (vgl. 361; 365; 367 und 369) konnte er Verbesserungen bei den organisatorischen Rahmenbedingungen mit den knappen ärztlichen Humanressourcen begründen. Auch die Forderung nach Ausweitung der Finanzierung konnte in dieser Kombination als marktkonforme Reaktion auf ein knappes Angebot dargestellt werden. Darüber hinaus stellte Ärztemangel eine Konkretisierung des vergrößerten Bedarfs an ambulanten Medizinern dar. Dessen Bekämpfung war zudem Voraussetzung für die Gewährleistung eines möglichst dichten ambulanten Versorgungsnetzes durch die KVen. Im Vergleich zu radikaleren Vertretern des Unterversorgungskollektivs erkannte Köhler lokale Überversorgung formal an, betonte jedoch, dass diese sich teilweise aus der veralteten Bedarfsplanung ergäbe, die nicht die Mitversorgung ländlicher Regionen durch städtische Zentren berücksichtige (vgl. 105, 106 und 500). Bei der Lösung der Probleme favorisierte Köhler weiterhin die Nutzung der Bedarfssteuerung, diese sollte allerdings reformiert werden (vgl. 447 und 443). Dabei befürwortete er regionale Ausschüsse aus Vertretern der Länder, der Ärztekammern, der Krankenhäuser und der KVen, welche in eine ganzheitliche Bedarfssteuerung einbezogen werden sollten. Vertreter der Krankenkassen sollten hingegen nicht an diesen Gremien teilnehmen (vgl. 701; 616; 633; 684; 590 und 669). Allerdings scheint er diesen Ausschüssen eine eher beratende Rolle beigemessen zu haben, denn sie unterlagen verschiedenen Grenzen. So beanspruchte Köhler den Sicherstellungsauftrag auch weiterhin für die Kassenärztlichen Vereinigungen und lehnte einen steuernden Eingriff der Länder in die Bedarfsplanung ab (vgl. 587 und 613). Auch fanden sich keine Beliefs, welche eine Abtretung von Kompetenzen oder vertragsärztlichem Budget an diese Ausschüsse beinhalteten. Krankenhäuser sollten zwar prinzipiell in die ambulante Versorgung einbezogen werden (vgl.

677). Wie weit diese Kooperation gehen sollte, lies Köhler dagegen offen. Zumindest sollten sie nicht in den allgemeinen Versorgungsgrad ihrer jeweiligen Region eingerechnet werden (vgl. 673). Man muss davon ausgehen, dass er damit den Eindruck von Überversorgung rund um den Standort der Krankenhäuser vermeiden wollte. Die Reform sollte auch eine präzisere Bedarfssteuerung ermöglichen, unter anderem durch eine Neu-Festlegung der Verhältniszahlen für die unterschiedlichen Arztgruppen und Regionen, insbesondere bei den Psychotherapeuten. (vgl. 509; 288). Zu den weiteren von ihm geforderten Maßnahmen gegen Unterversorgung gehörten eine detaillierte Bedarfssteuerung, flexible Arbeitsmodelle für Ärzte, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder die Berücksichtigung der Demographie und Morbidität der Bevölkerung (vgl. 483; 487; 499; 317; 565 und 573). Er stand dem freiwilligen Aufkauf von überzähligen Arztpraxen offen gegenüber (vgl. 582), allerdings immer unter der Vorgabe, dass es sich dabei um materielle und nicht nur formelle Überversorgung handele (für diese Einschränkung vgl. z.B. 1748). Diese Ziele und übergeordneten Vorhaben wurden mit zahlreichen Secondary Aspects verbunden. Sie fielen hauptsächlich in die Kategorien Leistungsdaten der ambulanten Versorgung sowie Situation des ärztlichen Nachwuchses und werden im Rahmen der Variable *Ereignisse und Informationen* im Detail betrachtet. Zusammengefasst war Köhler ein typischer Vertreter des Unterversorgungskollektivs. Wie spätere Beispiel-Akteure zeigen werden, legte er seine Schwerpunkte aber nicht auf die radikalste Ausprägung der Theorien und Methoden dieser Gruppe. Um seine übergeordneten Vorstellungen von Qualitätsverbesserungen und Wachstum im Gesundheitswesen umzusetzen, vertrat er ein konsistentes Belief-System, in welchem Überversorgung nur eine geringe Rolle spielte und die wichtigsten Leistungsdaten eine Reform notwendig erscheinen ließen. Dazu schlug er zahlreiche Einzelmaßnahmen vor.

Abbildung 58: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Köhler

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten³⁸</i> | 103 | 2 | Policy Core Belief |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 5 | Policy Core Belief |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 1 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |

³⁸ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt, Policy Core Beliefs werden kursiv hervorgehoben.

| | | | |
|--|-----|---|--------------------|
| <i>Überversorgung sollte vermieden werden</i> | 113 | 4 | Policy Core Belief |
| Die Fortführung von Arztsitzen sollten sich am Stand der Versorgung ausrichten | 143 | 1 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können | 582 | 7 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|-------------|-------------|--------------------|
| Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten | 359 | 7 | Secondary Aspect |
| Unterversorgung nimmt zu | 363 | 6 | Secondary Aspect |
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 31 | Policy Core Belief |
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 6 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 5 | Secondary Aspect |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 5 | überg. Belief |
| An bestimmten Orten ist die Niederlassung zu unattraktiv | 562 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 4 | überg. Belief |
| Ausgabensteigerungs-Theorie | | | |
| Es sollte mehr Geld für Hausärzte geben | 206 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte mehr Geld für Psychotherapeuten geben | 293 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 8 | überg. Belief |
| Mitversorgungs-Theorie | | | |
| Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung | 106 | 5 | Secondary Aspect |
| Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen | 500 | 13 | Secondary Aspect |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 9 | Secondary Aspect |
| Ambulante Medizin wird zu wenig in der Ausbildung gefördert | 395 | 1 | Secondary Aspect |
| Ambulante Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden | 396 | 1 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 6 | Secondary Aspect |
| Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium | 424 | 4 | Secondary Aspect |
| Es sollte eine Landarztquote an den Universitäten geben | 426 | 2 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 471 | 1 | Deep Core Belief |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 14 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen | 393 | 5 | Secondary Aspect |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 15 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 13 | überg. Belief |
| Es sollte einen Demographie-Faktor in der Bedarfsplanung geben | 570 | 1 | Secondary Aspect |
| Theorie des medizinischen Fortschritts | | | |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 2 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben | 313 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 3 | Policy Core Belief |
| Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden | 322 | 2 | Secondary Aspect |
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 2 | Secondary Aspect |
| Krankenkassen sollten sich finanziell gegen Unterversorgung einsetzen | 657 | 5 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 19 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 13 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 7 | Policy Core Belief |
| Es droht ein Mangel bei bestimmten Facharztgruppen | 374 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 5 | Secondary Aspect |
| Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich | 380 | 3 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 12 | Secondary Aspect |
| Elternzeitregelungen sollten verbessert werden | 321 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden | 325 | 5 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 10 | Secondary Aspect |
| Bei Unterversorgung sollten Gesundheitszentren eingerichtet werden | 341 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Mobilität der ambulanten Ärzte sollte verbessert werden | 496 | 3 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 2 | überg. Belief |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 9 | Secondary Aspect |
| Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben | 701 | 8 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| Alle Arztgruppen sollten beplant werden | 141 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt allgemein Unterversorgung bei Hausärzten | 208 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 209 | 5 | Secondary Aspect |
| Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich | 286 | 4 | Secondary Aspect |
| Bedarfsplanung alleine kann Unterversorgung nicht beheben | 356 | 5 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 27 | Policy Core Belief |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 18 | Secondary Aspect |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 13 | überg. Belief |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 2 | überg. Belief |
| Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein | 483 | 18 | Secondary Aspect |
| Planungsbereiche sollten je Reichweite der Versorgung unterschiedlich groß organisiert sein | 484 | 9 | Secondary Aspect |
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 487 | 15 | Secondary Aspect |
| Bedarfsplanung sollte Vorgaben zu Erreichbarkeit und Wartezeit enthalten | 501 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 3 | Secondary Aspect |
| Morbidität sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 573 | 12 | Secondary Aspect |
| KVen sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben können | 580 | 9 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 584 | 5 | Secondary Aspect |
| Der Sicherstellungsauftrag sollte bei den KVen liegen | 587 | 4 | Secondary Aspect |
| KVen sollten an Bedarfsplanung beteiligt sein | 590 | 5 | Secondary Aspect |
| Die Länder sollten nicht finanziell in die Bedarfsplanung eingreifen dürfen | 613 | 3 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Länder sollten an der Bedarfsplanung teilnehmen | 616 | 9 | Secondary Aspect |
| Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit | 629 | 4 | Secondary Aspect |
| Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu | 630 | 5 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Ärztekammern sollten an Bedarfsplanung beteiligt werden | 633 | 9 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Krankenkassen sollten nicht an Bedarfsplanung beteiligt sein | 669 | 3 | Secondary Aspect |
| Krankenhäuser sollten in die ambulante Versorgung einbezogen werden | 677 | 5 | Secondary Aspect |

| | | | |
|---|-----|---|------------------|
| Vertreter der Krankenhäuser sollten in Bedarfsplanung einbezogen werden | 684 | 9 | Secondary Aspect |
|---|-----|---|------------------|

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Nach den in Abschnitt 4.3.3 formulierten Kriterien wurden zwei Fälle von Belief-Diffusion festgestellt: Für den 7. Mai 2010 konnten zum ersten Mal die Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ sowie „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ beobachtet werden. Darüber hinaus wurden keine anderen Policy Core Beliefs verändert, erlernt oder gelöscht. In einem ersten Schritt werden nun die Variablen der Belief-Optimierung betrachtet, ehe das so entstandene Gesamtbild auf Gründe für die Belief-Diffusion beziehungsweise die Aufrechterhaltung der übrigen Policy Core Beliefs sowie das Nicht-Erlernen aller anderen herausfordernden Policy Core Beliefs untersucht wird.

Selektive Wahrnehmung

Da Köhler ausschließlich in der dritten Phase des Subsystems aktiv war, wurde seine *selektive Wahrnehmung* anhand der Theorien und Methoden aus Abschnitt 5.5.2 sowie deren Zuordnung zu den Kollektiven in Abschnitt 5.5.3 geprüft. Wie dort erwähnt wurde, vertraten überwiegend Vertreter des Fehlverteilungskollektivs die *Fehlverteilungs-Theorie*, die *Kosten-Theorie* und die *Überversorgungs-Theorie* sowie die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*. Für die beiden ersten Theorien konnten nach den Regeln der Datenerfassung aus Abschnitt 4.3.3 gar keine Beliefs nachgewiesen werden. Wie noch aufgezeigt werden wird, argumentierte Köhler aber gegen die Vorstellung von Fehlverteilungen, zudem lehnte er die dritte Theorie und die Methodik insgesamt eher ab als sie zu ignorieren. Wenige Beliefs daraus vertrat er sogar. Daher war die *selektive Wahrnehmung* bei ihm gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv mittelstark ausgeprägt. Dagegen ignorierte er keine der Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs, wenn er auch nicht in jedem Fall alle der jeweils darunter zusammengefassten Beliefs vertrat. Somit konnte nur eine sehr schwach ausgeprägte *selektive Wahrnehmung* gegenüber dem Unterversorgungskollektiv festgestellt werden. Für Köhler wie für alle anderen Beispiel-Akteure galt, dass die *bedingte Unterversorgungs-Theorie* der Wirkung der *selektiven Wahrnehmung* entzogen war, da sie von beiden Kollektiven geteilt wurde.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Köhler beschäftigte sich vor allem mit vier Komplexen, aus denen prinzipiell Nachteile für die Vertragsärzte und ihre KVen erwachsen konnten: Die Diskussion um die Existenz von lokaler Überversorgung (vgl. 106), eine potentielle Verpflichtung zum Aufkauf von Arztsitzen (vgl. 153 und 584), Beschränkungen bei der zukünftigen Zulassung von Ärzten (vgl. 149 und 492) und organisatorische Modalitäten der ambulanten Versorgung (vgl. 332 und 607). Der Erwähnung von lokaler Überversorgung stellte Köhler jedes Mal das Konzept der Mitversorgung entgegen (vgl. 500). Demnach existierte Überversorgung nur nominell, da die betroffenen Praxen faktisch zur Versorgung ihres Umlandes beitrugen. Da der Behandlungsaufwand durch den demographischen Wandel steige, werde zudem die Nachfrage steigen, so dass Überversorgung abgebaut werde (vgl. 566). Auch sei eher drohende oder existierende Unterversorgung das eigentliche Problem (vgl. 359-369). Mit alledem trug er indirekt zur Stabilität des Policy Core Beliefs *„Es droht allgemein Unterversorgung“* bei und die Übernahme der Policy Core Beliefs *„Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten“* sowie *„Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden“* wurde gehemmt. Daneben stand der Secondary Aspect *„Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung“* in einem direkt begrenzend wirkenden Bezug zu den Policy Core Beliefs *„Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung“* und *„Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten“*. Da Köhler zumindest für manche Orte trotz der obigen Einschränkungen Überversorgung anerkannte (vgl. 105), fiel seine Argumentation im Vergleich mit anderen Vertretern des Unterversorgungskollektivs ausgewogener aus. Eng mit dem ersten Komplex war auch die Diskussion um den Aufkauf von Arztpraxen verbunden. Auch hier argumentierte der KBV-Vorstandsvorsitzende mit dem Konzept der Mitversorgung, dem steigenden Behandlungsaufwand durch den demographischen Wandel sowie drohender und existierender Unterversorgung. Zusätzlich entgegnete er den Belief, dass die ambulante Versorgung möglichst wohnortnah für die Patienten sein solle (vgl. 480). Zu den Wünschen des Fehlverteilungskollektivs für die Reform der Bedarfssteuerung gehörten die grundsätzliche Befristung von Zulassungen sowie eine generelle Verschärfung der Möglichkeiten zur Niederlassung in überversorgten Gebieten (vgl. 157; 491; 493 und 148). Köhler widersprach auch diesen Vorstellungen, konnte aber im Fall der Befristung von Zulassungen über die Ablehnung hinaus keinen Gegenvorschlag unterbreiten. Gegen die Erschwerung der Niederlassung entgegnete er, dass allgemein Unterversorgung drohe und die ambulante Versorgung wohnortnah gestaltet sein solle. Insbesondere im Vorfeld des GKV-VStG wurden

zahlreiche organisatorische Maßnahmen diskutiert, mit denen der Unterversorgung begegnet werden sollte. Dazu gehörte unter anderem die Idee, Kommunen den Betrieb von Eigeneinrichtungen zu erlauben, in denen angestellte Ärzte die Versorgung sicherten. Dieses Konzept lehnte Köhler ab (vgl. 607) und forderte, dass die Kommunen ausschließlich zur Finanzierung solcher Einrichtungen berechtigt sein sollten. Stattdessen sollten die KVen die Praxen betreiben und dies auch nur als Ersatz, wenn sich kein freiberuflicher Arzt finden würde (vgl. 604 und 586). Eine andere Maßnahme war die Überlegung, bestimmte medizinische Tätigkeiten nicht nur ausschließlich durch Ärzte, sondern auch durch nicht-ärztliche Berufe in Substitution erbringen zu lassen (vgl. 331). Dagegen bot Köhler das Konzept auf, dass solche Tätigkeiten höchstens durch den Arzt an diese Personen delegiert werden dürften (vgl. 332). Der Unterschied besteht darin, dass in der Delegation Aufsicht und Letztverantwortung über die Tätigkeiten beim Arzt verbleiben, während sie bei Substitution komplett auf andere Berufe übergehen. Insgesamt zeigte sich, dass Köhler über die oben genannten Policy Core Beliefs hinaus im Umgang mit der *Überversorgungs-Theorie* und der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* allgemein erfahren war.

Abbildung 59: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Köhler

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|---|
| Niederlassung sollte auch bei Überversorgung nicht erschwert werden | 1 | |
| | 1 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | 1 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| | | |
| Arztsitze in Überversorgten Gebieten sollten nicht zwangsweise aufgekauft werden müssen | 1 | |
| | 1 | Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen |
| | | |
| Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung | 5 | |
| | 5 | Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen |
| | 2 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 2 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |

| | | |
|---|---|--|
| | 1 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung |
| | 1 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | | |
| Zulassungen sollten nicht nur befristet vergeben werden | 2 | |
| | 0 | Kein Gegen-Argument geäußert |
| | | |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 5 | |
| | 3 | Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen |
| | 1 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |
| | 1 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung |
| | 1 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| | 1 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Während für die Variablen *selektive Wahrnehmung* und *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* überprüft wurde, welche Beliefs nicht geäußert beziehungsweise abgelehnt wurden, standen bei der Untersuchung des *analytischen Zugangs* die vertretenen Beliefs im Mittelpunkt. Dabei wurde zunächst überprüft, ob sich Köhler auf die gemeinsame Datenbasis beider Kollektive berief. Der Inhalt der Daten war an dieser Stelle dagegen noch nicht relevant, da er erst im Rahmen der Variable *Ereignisse und Informationen* untersucht wurde. Im Anschluss wurde analysiert, welche Theorien, Methoden und Einzelbeliefs er vertrat. Angesichts von Köhlers Rolle als Vorstandsvorsitzender der KBV war es wenig überraschend, dass er sich auf die Statistiken seiner Organisation und damit auf die gemeinsame Datengrundlage berief (vgl. z.B. 1139). Er stellte zudem spätere Auflagen von Kopetschs Studie zur Zahl und Altersentwicklung der Ärzte selbst vor (vgl. 1332). Aus der Gruppe der Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs teilte Köhler wie bereits erwähnt nur eine schwache Variante der *Überversorgungs-Theorie* sowie der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*. Dabei erkannte er lokale Überversorgung an, die vermieden werden und mit dem freiwilligen Aufkauf von Arztsitzen bekämpft werden sollte. Zudem sprach er sich zumindest in einem Statement dafür aus, die Fortführung von Arztsitzen am augenblicklichen Stand der

Versorgung auszurichten. Deutlich häufiger äußerte der Vorstandsvorsitzende der KBV dagegen die Theorien des Unterversorgungskollektivs. Sowohl für die *allgemeine Unterversorgungs-* und die *Attraktivitätsverlust-* als auch für die der *Ausgabensteigerungs-* und die *Mitversorgungs-Theorie* konnten hohe Volumina nachgewiesen werden. Zudem zeigte sich, dass Köhler diese Theorien in einer starken Ausprägung vertrat, da er viele der dazugehörigen Beliefs äußerte. Die Beliefs der *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung* vertrat er in der maximalen Ausprägung, das heißt mit allen Beliefs. Aus dem Bereich der *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* forderte er zwar nur die wohnortnahe ambulante Versorgung, dies allerdings sehr häufig (vgl. 480). Lediglich für die *Nachwuchsmangel-Theorie* und die *Anreiz-Methodik* konnte nur eine mittelstarke Ausprägung nachgewiesen werden, für die *Theorie des medizinischen Fortschritts* sogar nur eine schwache. Der Vergleich von Köhlers Belief-System mit den Verteilungen aller Beliefs auf die Kollektive in der dritten Phase zeigte also, dass er zwar zu beiden Kollektiven einen *analytischen Zugang* besaß. Dieser war aber gegenüber dem Unterversorgungskollektiv sehr hoch ausgeprägt, gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv dagegen nur gering. Sein *analytischer Zugang* zur von Mitgliedern beider Kollektive vertretenen *bedingten Unterversorgungs-Theorie* fiel sehr hoch aus, auch war er ein großer Befürworter einer Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443) und damit verbunden der *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*.

Devil shift

Der *devil shift* war bei Köhler nur sehr schwach ausgeprägt. Wenn er auch unterschiedliche Beliefs ablehnte, attackierte er die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs nur bei einer Gelegenheit im Jahr 2011 direkt. In dieser Ausnahme unterstellte er den Vertretern der Krankenkassen in Hinblick auf ihre Vorstellungen zum Abbau von Überversorgung Realitätsferne (vgl. 1725). Eine Darstellung der Gegenseite als „Schurken“ konnte nicht nachgewiesen werden.

Soziale Kohäsion

Das Ausmaß der *sozialen Kohäsion* wurde gemäß den Regeln aus Abschnitt 4.3.4 bestimmt: Es wurde die Häufigkeit der Policy Core Beliefs nach dem Gesamtvolumen sowie der Zahl der sie vertretenden Subsystem-Mitglieder und einflussreichen Akteure für den Zeitraum, in dem Köhler im Subsystem aktiv war, gemessen. Dabei wurde der Anteil, den Köhler selbst

ausmachte, selbstverständlich nicht berücksichtigt, da er ja nicht auf sich selbst Einfluss ausüben konnte. Dagegen flossen besondere Faktoren wie die öffentliche Meinung ein, aus allen Faktoren wurde am Ende die soziale Kohäsion in Summe gebildet.

Abbildung 60: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Köhler

| Policy Core Belief | Köhler | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|--------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 13 | 272 | 154 | 23 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 5 | 223 | 98 | 20 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 27 | 171 | 83 | 14 | 14 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 4 | 143 | 66 | 18 | 12 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 19 | 142 | 85 | 24 | 13 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 7 | 136 | 101 | 16 | 14 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 2 | 134 | 68 | 16 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 31 | 74 | 43 | 9 | 4 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 74 | 43 | 8 | 4 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 3 | 66 | 30 | 13 | 6 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 65 | 42 | 4 | 3 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Verschiedene Aspekte waren bei der Ausprägung dieser Variablen im Fall Köhler interessant: Für die erlernten Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ und „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ bestand eine sehr stark beziehungsweise stark herausfordernde *soziale Kohäsion*. Diese wurden auch nicht durch entgegengesetzte Policy Core Beliefs abgeschwächt, da sich die Existenz von lokaler Überversorgung in der Gegenwart und die Vorstellung von allgemein drohender Unterversorgung in der Zukunft nicht gegenseitig ausschlossen. Auch durch die öffentliche Meinung wurden sie eher bestärkt als geschwächt. Vor allem aber vertraten die führenden Politiker der Regierungsmehrheit des 17. Bundestages sowie die Bundesgesundheitsminister Rösler und Bahr in unterschiedlicher Stärke den Wunsch, mit dem GKV-VStG auch lokale Überversorgung zu vermeiden. Dadurch entstand Druck auf Köhler, an diese Haltung anschlussfähig zu bleiben, so dass die *soziale Kohäsion* bei beiden Policy Core Beliefs vor der grundlegenden Belief-Diffusion als sehr stark herausfordernd bewertet wurde. Umgekehrt besaßen auch die Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“, „*Unterversorgung sollte vermieden werden*“ und „*Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung*“ keine Gegen-Policy Core Beliefs, welche ihre sehr stark bestätigende *soziale Kohäsion* reduziert hätten. Gleiches galt für die sehr stark bestätigende *soziale Kohäsion* des Policy Core Beliefs „*Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden*“. Auch im

Fall des nicht erlernten Policy Core Beliefs „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ bestand eine stark herausfordernde *soziale Kohäsion* ohne die abmildernde Wirkung eines Gegen-Policy Core Beliefs. Da diese Vorstellung nicht zu den Grundlagen des GKV-VStG gehörte, wurde sie nur durch die öffentliche Meinung verstärkt. Die Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ und „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ übten dagegen nur eine sehr schwach herausfordernde *soziale Kohäsion* aus, da Köhler mit „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ und „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ über gleichstarke Gegen-Policy Core Beliefs verfügte. Auch wurde in der öffentlichen Meinung Unterversorgung im Allgemeinen und an bestimmten Orten häufiger als Überversorgung problematisiert. Umgekehrt wurden letztere Policy Core Beliefs zwar ebenfalls auf eine sehr schwach bestätigende *soziale Kohäsion* reduziert, durch die Ausprägung der öffentlichen Meinung wirkte sie in Summe aber schwach bestätigend.

Abbildung 61: Soziale Kohäsion bei Köhler in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|--|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark herausfordernd ¹ |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark herausfordernd ¹ |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Schwach bestätigend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach bestätigend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |

¹Bis zur grundlegenden Belief-Diffusion, danach sehr stark bestätigend.

Ereignisse und Informationen

Als Köhler 2005 Mitglied des Subsystems wurde, war Kopetschs Studie zur Entwicklung der Altersstruktur und der Zahl der Ärzte bereits veröffentlicht, so dass sie auch nicht mehr die schockartige Wirkung eines *internen Ereignisses* ausübte. Da er auch die Bundestagswahl 2009 nicht in Bezug zur Bedarfssteuerung setzte, spielten *Ereignisse* keine relevante Rolle für ihn. Stattdessen beschrieb er im Bereich der *Informationen* eine zunehmende Krise im Subsystem mit verschiedenen Aspekten. Auffällig war erstens, dass Köhler aus der Gesamtmenge nahezu ausschließlich Indikatoren aufgriff, welche Fehlanzeigen in der ambulanten Versorgung beinhalteten. So warnte er zwischen 2008 und 2012 vor drohender und existierender

Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen wie Augenärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzten, Nervenärzten, Pathologen und Psychotherapeuten (vgl. 173-291). Besonders dramatisch war für ihn die Situation der Hausärzte, hier warnte er bereits seit 2005 und bis 2012 vor Versorgungslücken (vgl. 204-215). Als Ausnahme davon bezeichnete er die Abnahme bei Kinderärzten als nicht besorgniserregend, da deren Tätigkeiten in Zukunft durch den demographischen Wandel in geringerem Ausmaß benötigt würden (vgl. 241 und 245). Zwischen 2005 und 2012 warnte er auch für die ambulante Versorgung als Ganzes vor drohendem beziehungsweise bereits existierendem Mangel (vgl. 359-369). Aus Köhlers Sicht nahm die Unterversorgung in diesem Sektor auch im Zeitverlauf zu (vgl. 363) und drohte oder existierte insbesondere in ländlichen und wirtschaftlich schwächeren Regionen (vgl. 378-380). Zweitens wies der KBV-Vorsitzende zwischen 2008 und 2011 auf das hohe Durchschnittsalter der Vertragsärzte hin, insbesondere bei der Gruppe der Hausärzte (vgl. 214; 215; 383 und 385). Dieses deute darauf hin, dass Ärztemangel unter anderem deswegen drohe, da in naher Zukunft zahlreiche Arztsitze neu besetzt werden müssten. Als dritten Schwerpunkt thematisierte Köhler zwischen 2007 und 2011 zudem die Lage bei den Medizinstudenten und jungen Ärzte als Nachwuchs für die ambulante Versorgung. Die Situation sei durch hohe Raten an Studienabbrechern sowie die Abwanderung von zu vielen Medizinabsolventen in andere Berufe oder in das Ausland gekennzeichnet (vgl. 424, 388 und 376). Diese Parameter trugen zu seiner zwischen 2005 und 2011 vertretenen Ansicht bei, dass es zu wenig Nachwuchs an ambulant tätigen Ärzten gebe (vgl. 404). Als einzige Ausnahme äußerte er sich nicht zu der Zu- und Abnahme der Zahl der Medizinstudenten und -absolventen (vgl. 410-421). Da die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs häufig auf die steigende Gesamtzahl der Ärzte verwiesen, war es nicht überraschend, dass er sich viertens mit dieser herausfordernd wirkenden *Information* auseinandersetzte (vgl. 523). Köhler erkannte zwar zwischen 2010 und 2012 das Wachstum an, verwies aber auch 2010 allgemein darauf, dass die Arbeitszeit pro Arzt sinke werde (vgl. 627). Zwischen 2009 und 2011 wies er zudem im Speziellen darauf hin, dass durch die Feminisierung der Ärzteschaft die zur Verfügung stehende Arbeitszeit sinke, da Frauen statistisch weniger Zeit mit Erwerbsarbeit verbrächten als Männer (vgl. 629 und 630). Zudem konstatierte er zwischen 2010 und 2012, dass sich das Wachstum hauptsächlich auf spezialisierte Arztgruppen (vgl. 525) beschränke. Köhler:

„Wir wachsen am falschen Ende, nämlich bei den Spezialisten.“ (vgl. 1418)

Neben dem so bereinigten und damit geringeren Angebotszuwachs warf er zwischen 2008 und 2011 ein, dass aufgrund des demographischen Wandels eine höhere Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu berücksichtigen sei (vgl. 566). Eine ähnliche Argumentation verfolgte er zwischen 2010 und 2012 mit dem Verweis auf die aufwandssteigernde Wirkung des medizinischen Fortschritts (vgl. 571). Es zeigt sich also, dass Köhler Erklärungen für diese *Information* fand, so dass sie nur eine sehr schwach herausfordernde Wirkung für ihn hatte. Dagegen ignorierte der KBV-Vorstandsvorsitzende Beliefs, die eine Zunahme oder gar Überversorgung bei einzelner Arztgruppen oder die im internationalen Vergleich hohe Ärztedichte in Deutschland betonten (vgl. 175-312 und 563). Das war erstaunlich, da die Vertreter der Krankenkassen diese Beliefs auf der Basis von Zahlen des Statistischen Bundesamtes, der Bundesärztekammer, der einzelnen KVen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten (Klose et al. 2003; Klose und Uhlemann 2006; Klose und Rehbein 2011). Obwohl Köhler aus dem demographischen Wandel einen höheren Bedarf an ambulanter Tätigkeit ableitete und ihn in die Bedarfsplanung integrieren wollte, vertrat er nicht den Belief, dass die Bevölkerung an manchen Orten schrumpfe (vgl. 564).

In Summe bestärkten die von Köhler erfassten *Informationen* jene Policy Core Beliefs, welche eine Warnung vor drohender oder existierender Unterversorgung beinhalteten. Als Konsequenz aus den referenzierten *Informationen* war die ambulante Versorgung für ihn von Lücken bei verschiedenen Arztgruppen und Absolventen des Medizinstudiums bedroht. Auch verpufften aus seiner Sicht die Zunahmen bei einzelnen Arztgruppen durch eine sinkende Arbeitszeit pro Arzt und steigende Bedarfe. Da er eine detaillierte Antwort aus mehreren Beliefs besaß, ging auch von dem Secondary Aspect „*Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu*“ nur eine sehr schwache Herausforderung aus, die diese Variable insgesamt nicht beeinflusste.

Gesamtbild

In der Gesamtbetrachtung wurde nachvollzogen, warum Köhler einerseits manche Beliefs nicht erlernte, löschte oder veränderte. Andererseits wurden zwei Fälle von grundlegendem Policy-Lernen beobachtet, die ebenfalls erklärt werden mussten. Im Mittelpunkt stand die Frage, ob sich die in Kapitel 3.2 getroffenen Annahmen bestätigen würden: Ob Lernen und Nicht-Lernen erstens davon abhängen, dass die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen eher herausfordernd als bestätigend wirken und zweitens die Intentionen durch die neuen oder veränderten Beliefs besser umgesetzt werden können.

Im Falle der unveränderten Policy Core Beliefs wirkte die *selektive Wahrnehmung* bei den Beliefs des Unterversorgungskollektivs mittelstark bestätigend, da Köhler viele herausfordernde Theorien und Methoden ausblendete. Auch die Variable *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* wirkte bei diesen Policy Core Beliefs bestätigend. Es konnte zwar ein gewisses Maß an *devil shift* bei Köhler nachgewiesen werden, dieser war allerdings nur sehr schwach ausgeprägt. Dafür wirkten der *analytische Zugang* und in den meisten Fällen auch die Variablen *soziale Kohäsion* und *Ereignisse und Informationen* unterschiedlich stark bestätigend. Sie bildeten auch die Beharrungskräfte der von beiden Kollektiven geteilten Policy Core Beliefs. Zu ihnen gab es keine Gegenposition, so dass sie unumstritten waren und keine schützende *selektive Wahrnehmung* oder *devil shift* wirkte. Auch die Umsetzung seiner eingangs beschriebenen Intentionen erforderte einen Fokus auf Unterversorgung und deren Bekämpfung durch Anreize, so dass es für ihn unattraktiv sein musste, diese zu löschen. Die Umsetzung der Intentionen hing zudem von der Aufnahme der von Köhler favorisierten Beliefs der *Anreiz-Methodik* im Rahmen einer Reform der Bedarfssteuerung ab. Daher wäre die Aufgabe des Wunsches nach einer Reform der Bedarfssteuerung kontraproduktiv für seine Intentionen gewesen. Insgesamt konnte sich Köhler also sowohl durch die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen als auch durch die Intentionen in seinen Policy Core Beliefs bestätigt sehen, so dass diese nicht gelöscht wurden.

Abbildung 62: Unveränderte Policy Core Beliefs in Köhlers Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | bestätigend | sehr hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | stark bestätigend |

| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Es droht allgemein Unterversorgung | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Unterversorgung sollte vermieden werden | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| mittelstark bestätigend | mittelstark bestätigend | Irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| bestätigend | bestätigend | bestätigend | bestätigend | irrelevant |
| sehr hoch | sehr hoch | sehr hoch | sehr hoch | sehr hoch |
| sehr schwach bestätigend | sehr schwach bestätigend | Irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| schwach bestätigend | schwach bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend |
| irrelevant | bestätigend | stark bestätigend | bestätigend | irrelevant |

Umgekehrt besaßen die herausfordernden Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ und „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ nur eine sehr geringe Herausforderung für Köhler: Seine *selektive Wahrnehmung* war gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv mittelstark, der *analytische Zugang* dazu dagegen nur sehr gering ausgeprägt. Beide Beliefs besaßen nur eine sehr schwach herausfordernd wirkende *soziale Kohäsion*. Zudem legten die von Köhler aufgegriffenen *Informationen* nahe, dass eher Unter- und nicht Überversorgung das vorherrschende Problem des Subsystems war. Im Unterschied dazu waren im Falle von „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ zwar die *soziale Kohäsion* sehr stark herausfordernd und die *Informationen* nicht hemmend ausgeprägt. In Summe bestand allerdings auch hier nur eine schwache Herausforderung, zudem hätte eine Übernahme der

Beliefs nicht zu Köhlers Intentionen gepasst. Alle drei Policy Core Beliefs wären der Verbesserung der organisatorischen und finanziellen Attraktivität des Arztberufes sowie der Sicherstellung einer gleichwertigen und wohnortnahen ambulanten Versorgung sogar abträglich gewesen. Auch kann man davon ausgehen, dass Köhlers Stellung als Vorstandsvorsitzender der KBV beschädigt worden wäre, wenn er diese von vielen Mitgliedern des Unterversorgungskollektivs abgelehnten Beliefs übernommen hätte.

Abbildung 63: Von Köhler nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | mittelstark hemmend | hemmend | sehr gering | sehr schwach hemmend | sehr stark herausfordernd | irrelevant |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | mittelstark hemmend | irrelevant | sehr gering | sehr schwach hemmend | sehr schwach herausfordernd | hemmend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | mittelstark hemmend | hemmend | sehr gering | sehr schwach hemmend | sehr schwach herausfordernd | hemmend |

Zuletzt musste geklärt werden, warum Köhler die Policy Core Beliefs „Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung“ und „Überversorgung sollte vermieden werden“ erwarb. Diese Policy Core Beliefs waren in Bezug auf die *selektive Wahrnehmung*, den *analytischen Zugang* sowie die *Ereignisse und Informationen* so ausgeprägt, dass ein Lernprozess nicht wünschenswert erscheinen musste. Der Schlüssel zu der Erklärung dieser Lern-Fälle lag in der Analyse des Zeitpunkts ihrer Übernahme. Kurz nachdem Gesundheitsminister Rösler eine Reform der Bedarfssteuerung angekündigt hatte, betonte er im April 2010 mehrfach, dass es insbesondere

in urbanen Gebieten auch Überversorgung gebe, die vermieden werden solle (vgl. z.B. 1179; 1183 und 1220). Ähnlich äußerte sich auch Jens Spahn als gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und deren Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestags (vgl. 1221). Zu diesem Zeitpunkt gewannen beide Beliefs also eine außergewöhnlich stark herausfordernd wirkende *soziale Kohäsion*. Diese wurde noch dadurch die Aussicht verstärkt, dass sie in irgendeiner Form im GKV-VStG umgesetzt werden würden. Es fiel auf, dass Köhler erst kurz darauf, Anfang Mai 2010 zum ersten Mal lokale Überversorgung einräumte. Deswegen wurde angenommen, dass der KBV-Vorsitzende diese Aussagen aufgriff um durch eine ausgewogene Haltung als Gesprächspartner durch den Gesundheitsminister und die Vertreter der Bundestagsmehrheit ernstgenommen zu werden. Beide grundlegenden Belief-Diffusionen waren demnach Folge einer symbiotischen Interdependenz im Sinne von Fenger und Klok. Der Fall erinnerte auch an Dunlop und Radaellis Typus des Lernens über die Ziele des Anderen und die Möglichkeit von Kompromisse im Rahmen des Verhandlungs-Modus (Dunlop und Radaelli 2018). Es ging dabei für Köhler nicht nur darum, eigene Vorstellungen in die Reform einzubringen, sondern auch den verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen abzuwehren. Daher handelte es sich primär um politisches Lernen, wenngleich die zunehmende Erkenntnis sekundär auch eine Form des sozialen Policy-Lernens darstellte. Dass Köhler auch Überversorgung an einzelnen Orten akzeptierte, heißt nicht, dass er davon ausging, dass es dort tatsächlich zu viele Ärzte gab. Der Begriff Überversorgung besaß nicht nur einen materiellen Inhalt, sondern konnte auch ausdrücken, dass die formellen Grenzwerte der Bedarfssteuerung überschritten wurden. Da Köhler ferner betonte, dass Praxen in formell überversorgten Gebieten auch die Mitversorgung des umliegenden Landes übernehmen, wurde angenommen, dass er eher den formellen Aspekt der Überversorgung anerkannte. Lokale Überversorgung stellte für Köhler auch keine Gefahr für seine übergeordneten Beliefs dar, da Rösler, Spahn und andere Politiker der Regierungsmehrheit dennoch die Notwendigkeit betonten, Unterversorgung mit organisatorischen und finanziellen Anreizen zu bekämpfen. Die Wirkung beider Policy Core Beliefs wurde zudem durch die Übernahme des Secondary Aspects „Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung“ noch begrenzt. Dieser stellte einen Ausgleich zu dem Eingeständnis von lokaler Überversorgung dar und sollte aufzeigen, dass dieses Phänomen aus den oben genannten Gründen in der Wirklichkeit weniger stark ausgeprägt war, als es sich durch die offiziellen Statistiken ausdrückte. Bei keinem der Fälle von grundlegendem Policy-Lernen und Policy-Beharren waren die Ego-, Alter- und Objekt-

zentrierten Variablen so ausgeprägt, dass sie einen gegenteiligen Effekt hätten erwarten lassen. Allerdings waren auch nicht bei jedem Policy Core Belief alle Variablen eindeutig zugunsten des beobachteten Verhaltens ausgeprägt. Es zeigte sich stattdessen, dass teilweise erst die Wirkung von besonderen Umständen und der Intentionen das beobachtete Verhalten erklären konnten.

Abbildung 64: Erlernte Policy Core Beliefs in Köhlers Belief-System¹

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|--|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | mittelstark hemmend - irrelevant | irrelevant | sehr gering | sehr schwach hemmend – sehr schwach herausfordernd | sehr stark herausfordernd – sehr stark bestätigend | hemmend - herausfordernd |
| Überversorgung sollte vermieden werden | mittelstark hemmend irrelevant | irrelevant | sehr gering | sehr schwach hemmend – sehr schwach herausfordernd | sehr stark herausfordernd – sehr stark bestätigend | hemmend - herausfordernd |

¹ Bei Fällen von grundlegendem Policy-Lernen wurden Variablen, die sich durch den Lernprozess veränderten, in einer Vorher-Nachher-Schreibweise notiert, getrennt durch einen Bindestrich.

5.7.2 Jörg-Dietrich Hoppe

Jörg-Dietrich Hoppe war der am Längsten aktive Akteur innerhalb des Subsystems. Er wirkte von 1982 bis zu seinem Tod im Jahr 2011, hauptsächlich als erster Vorsitzender des Bundesverbands des Marburger Bundes zwischen 1979 und 1989 sowie ab 1999 als Präsident der Bundesärztekammer. Wie dargestellt werden wird, veränderte Hoppe im Verlauf des Untersuchungszeitraums seine Intentionen und damit auch verschiedene Beliefs. Um diese Veränderungen übersichtlicher darzustellen, wurde entschieden, die Analyse in zwei Phasen aufzuteilen. Zudem sollte so auch der Eindruck vermieden werden, dass Aussagen aus den 1980er- und 90er-Jahren noch größeren Einfluss auf Hoppes späteres Denken besessen hätten. Die erste stellt die Aktivitäten bis zum Jahr 2001 dar – also vor Erscheinen der Studie Kopetschs. Die zweite erfasst den Zeitraum von 2002 bis 2011.

Intentionen

Zu Hoppes Kernanliegen in der ersten Phase gehörte der Kampf für die freiberufliche Grundlage des Arztberufes im Allgemeinen und für junge sowie im Krankenhaus tätige Ärzte im Speziellen (vgl. 470). Als gedanklichen Überbau appellierte er dabei auch an die Berufsfreiheit (vgl. 466 und 467). Dies äußerte sich einerseits in der Forderung, dass die Maßnahmen gegen Überversorgung nicht zulasten junger Ärzte gehen sollten (vgl. 161). Andererseits ging Hoppe davon aus, dass insbesondere von Zulassungssperren aufgrund des Überschreitens regionaler Grenzwerte oder von Altersgrenzen genau diese Wirkung ausging (vgl. 455). Daher wandte er sich sowohl gegen lokale wie auch allgemeine Zulassungssperren sowie das Konzept einer Bedarfssteuerung, welche auf Zwangsmaßnahmen aufbaute (vgl. 450-454; 473). In den 1980er-Jahren setzte er sich zudem dagegen ein, dass Weiterbildungsmaßnahmen vor der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Instrument zur Abschottung des ambulanten Sektors missbraucht wurden (vgl. 441). Bei Hoppe wirkte also das Subsystem „ärztliche Aus- und Weiterbildung“ in die Bedarfssteuerung ein. Wichtig für ihn war auch der Arbeitsmarkt für Ärzte, was sich in Secondary Aspects über die Arbeitslosigkeit in diesem Berufszweig ausdrückte (vgl. 132; 135 und 137). Als Alternative zu Hindernissen bei der Zulassung strebte er kurzfristig eine Verteilung der ärztlichen Arbeit auf mehr Mediziner an (vgl. 168). Zudem trat er dafür ein, möglichst keine ärztlichen Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufe zu delegieren (vgl. 332). Langfristig sollte die Zahl der Medizinstudenten reduziert werden (vgl. 432 und 435). Hoppe gehörte mit diesen Intentionen zu den Haupt-Mitgliedern des Kollektivs für freien Zugang. Im Unterschied zu anderen Mitgliedern beschrieb er aber den Zustrom von Absolventen des Medizinstudiums als „Ärztenschwemme“ und ging von allgemein drohender Überversorgung aus (vgl. 101 und 111). Dies zeigte, dass selbst unter manchen Mitgliedern des Kollektivs für freien Zugang die Furcht vor einer allgemein drohender Überversorgung im ambulanten Sektor bestand, auch wenn sie die Pläne des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen ablehnten.

Abbildung 65: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Hoppe, 1982-2001

Theorien und Methoden des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen

| Überversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart</i> | 101 | 4 | Policy Core Belief |
| Es droht an bestimmten Orten Überversorgung | 107 | 1 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt allgemein Überversorgung</i> ³⁹ | 109 | 2 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht allgemein Überversorgung</i> | 111 | 3 | Policy Core Belief |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 524 | 3 | Secondary Aspect |

³⁹ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| Übersorgungs-Reduktions-Methodik | | | |
|---|-----|---|------------------|
| Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 155 | 1 | Secondary Aspect |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein | 159 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Kollektivs für freien Zugang

| Theorie des freien Zugangs | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 8 | überg. Belief |
| <i>Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert</i> | 448 | 7 | Policy Core Belief |
| <i>Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben</i> | 454 | 7 | Policy Core Belief |
| Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte | 455 | 7 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit | 466 | 1 | Secondary Aspect |
| Berufsfreiheit ist ein Grundrecht | 467 | 2 | Deep Core Belief |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 3 | Secondary Aspect |
| Methodik des freien Zugangs | | | |
| Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben | 162 | 2 | Policy Core Belief |
| Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden | 168 | 3 | Secondary Aspect |
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 441 | 5 | Secondary Aspect |
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 450 | 4 | Secondary Aspect |
| <i>Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben</i> | 452 | 6 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Überschuss-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 432 | 8 | Secondary Aspect |
| Es werden zu viele Ärzte ausgebildet | 434 | 5 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu | 132 | 5 | Secondary Aspect |
| Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 135 | 9 | Secondary Aspect |
| Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 137 | 8 | Secondary Aspect |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 4 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 3 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Obwohl Hoppe sich noch 2001 dafür ausgesprochen hatte, dass weniger Ärzte ausgebildet werden sollten, vollzog er im Anschluss an Kopetschs Gutachten eine radikale Wende. Anstatt von drohender Überversorgung ging er nun von drohender oder existierender Unterversorgung an bestimmten Orten oder ganz allgemein aus (vgl. 359-369). Dahinter stand die Absicht, finanzielle Verbesserungen für die ambulant tätigen Ärzte zu erwirken, bürokratische Hindernisse abzubauen und allgemein Arbeitsbedingungen und Attraktivität des ärztlichen Berufs zu verbessern (vgl. 479; 517; 342 und 636). Wesentlich weniger als andere Akteure

führte er dabei aber die Auseinandersetzung mit den Vertretern des Fehlverteilungskollektivs. So wurden nahezu keine Statements gegen einzelne Beliefs, Methodik oder Theorie dieser Akteure gefunden. Wie alle führenden Akteure, forderte auch Hoppe in der Spätphase des Untersuchungszeitraums eine Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443). Dabei wollte er Ärzte vor allem mit Anreizen in unterversorgte Gebiete locken (vgl. 314). Diese sollten einerseits finanzieller Natur sein (vgl. 315), andererseits den Arztberuf durch Maßnahmen, wie eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder die Delegation bestimmter Tätigkeiten an nichtärztliche Berufe erleichtern (vgl. 317 und 329). Zusätzlich wollte er die besonders von Unterversorgung bedrohte Allgemeinmedizin schon in Studium und Weiterbildung stärken (vgl. 342; 397 und 398). Angesichts seiner Position als Präsident der Bundesärztekammer ab 1999 verwundert es nicht, dass Hoppe eine stärkere Stellung der Ärztekammern in der Bedarfsplanung einforderte (vgl. 632 und 633). Interessant war, dass er Bedarfssteuerung an sich – auch in Form lokaler Zulassungssperren, wie sie im GSG beschlossen worden waren – im zweiten Abschnitt nicht mehr infrage stellte. Dagegen forderte er auch in der zweiten Phase eine dominante Stellung der Freiberuflichkeit in der ambulanten Medizin ein (vgl. 470).

Abbildung 66: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Hoppe, 2002-2011

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> ⁴⁰ | 103 | 1 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten | 359 | 7 | Secondary Aspect |
| Unterversorgung nimmt zu | 363 | 5 | Secondary Aspect |
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 10 | Policy Core Belief |
| Es droht allgemein ein Mangel an Fachärzten | 371 | 1 | Secondary Aspect |
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 9 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 6 | Secondary Aspect |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 5 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 1 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 10 | überg. Belief |
| Ärzte werden zu stark belastet | 635 | 4 | überg. Belief |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 11 | überg. Belief |
| Ärzte empfinden ihre Arbeitsbedingungen als belastend | 640 | 1 | Secondary Aspect |
| Ausgabensteigerungs-Theorie | | | |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 5 | überg. Belief |

⁴⁰ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt.

| | | | |
|--|-----|---|--------------------|
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 394 | 2 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 8 | Secondary Aspect |
| Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium | 424 | 2 | Secondary Aspect |
| Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch | 439 | 6 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 471 | 4 | Deep Core Belief |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 3 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 6 | überg. Belief |
| Theorie des medizinischen Fortschritts | | | |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 1 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 4 | Policy Core Belief |
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden | 350 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| | | | |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 8 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 7 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 4 | Secondary Aspect |
| Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich | 380 | 1 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 7 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 2 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| | | | |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
| Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen | 332 | 1 | Secondary Aspect |
| Allgemeine Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden | 397 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 8 | Policy Core Belief |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 4 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 3 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Ärztekammern sollten an Bedarfsplanung beteiligt werden | 633 | 4 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Einerseits wurden bei Hoppe Fälle von grundlegender Belief-Löschung erfasst. Bereits zum 12. Juni 1987 gab er den Policy Core Belief „*Es droht allgemein Überversorgung*“ auf. Es folgte „*Es*

gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart“ zum 16. November 1991. Schließlich wurden die Policy Core Beliefs *„Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert“*, *„Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben“* und *„Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben“* bis zum 13. Oktober 2002 als gelöscht betrachtet. Wie im Detail noch vorgestellt werden wird, wurde dabei Hoppes Inaktivität im Subsystem Ende der 1990er-Jahre berücksichtigt. Andererseits erwarb Hoppe nach der Veröffentlichung des Gutachtens von Kopetsch Beliefs zum Thema Unterversorgung: Beginnend mit *„Es droht allgemein Unterversorgung“* ab dem 12. April 2002 und ergänzt um die Policy Core Beliefs *„Unterversorgung sollte vermieden werden“* (31. Mai 2002), *„Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden“* (26. Juli 2002) sowie *„Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung“* (11. September 2003). Zuletzt vertrat er den Policy Core Belief *„Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“* ab dem 30. August 2010.

Selektive Wahrnehmung

Hoppe ignorierte sowohl die *Theorie der Zulassungsbeschränkung* als auch die *Kosten-* und die *Konkurrenzkampf-Theorie* vollkommen. Dafür vertrat er die *Übersorgungs-Theorie* bis zur grundlegenden Belief-Löschung in den 1980er- beziehungsweise 1990er-Jahren in einer schwachen Ausprägung. Für die *Anreiz-Methodik* wurde eine minimale Version nachgewiesen. Da Hoppe den Beliefs der *Übersorgungs-Reduktions-Methodik* aktiv widersprach, fiel sie in den Bereich der Variable *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten*. In Summe besaß er eine stark *selektive Wahrnehmung* im ersten Abschnitt gegenüber den Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen. Wie aber noch aufgezeigt werden wird, war sie schwächer als bei Montgomery ausgeprägt. Auf der Seite des Kollektivs für freien Zugang vertrat er nur wenige Beliefs nicht, bei diesen handelte es sich zudem nicht um die Schlüssel-Beliefs dieser Gruppierung (vgl. 469; 165-167). Daher war Hoppes *selektive Wahrnehmung* gegenüber den Beliefs dieser Gruppe sehr schwach ausgeprägt.

Im zweiten Abschnitt ignorierte Hoppe auf Seiten des Fehlverteilungskollektivs sowohl die *Fehlverteilungs-*, die *Kosten-Theorie* und die *Übersorgungs-Theorie* als auch die *Übersorgungs-Reduktions-Methodik*. Den Beliefs Letzterer widersprach er allerdings aktiv, so dass hier eher die Variable *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* wirkte. Auch wenn Hoppe ein eindeutiger Anhänger des Unterversorgungskollektivs war, äußerte er dennoch nicht alle ihrer Theorien im gleichen Ausmaß. So vertrat er nur schwach die *Ausgabensteigerungs-*

Theorie, die Theorien der gleichwertigen Lebensverhältnisse und der demographischen Aufwandssteigerung sowie die Anreiz-Methodik. Die Theorie des medizinischen Fortschritts unterstützte er nur minimal, für die *Mitversorgungs-Theorie* konnten gar keine Beliefs erfasst werden. Im Rahmen der Variable *analytischer Zugang* wird aber aufgezeigt werden, dass er die wichtigsten Beliefs des Unterversorgungskollektivs häufig vertrat. Daher wurde die *selektive Wahrnehmung* gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv als stark, gegenüber dem Unterversorgungskollektiv dagegen als schwach bewertet.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Hoppe wandte sich im ersten Abschnitt einerseits gegen die theoretischen Grundlagen, auf deren Basis die Niederlassung junger Ärzte beschränkt wurde (vgl. 161; 448; 454 und 473). Dabei argumentierte er mit der Berufsfreiheit und dem Postulat der Freiberuflichkeit von Ärzten (vgl. 466; 467 und 470) sowie der Tatsache, dass derartige Maßnahmen junge Ärzte belasteten oder in die Arbeitslosigkeit trieben (vgl. 455; 135 und 137). Als Gegenvorschlag trat er dafür ein, die ärztliche Arbeit auf mehr Ärzte zu verteilen, gegen ihre Übertragung an andere Berufe zu kämpfen und generell weniger Ärzte auszubilden (vgl. 168; 332; 432 und 434). Dabei verwies er auch darauf, dass nicht nur er selbst, sondern auch die von ihm vertretenen Ärzte und die Krankenkassen sich für eine Reduktion der Zuwachsraten an approbierten Medizinern aussprachen (vgl. 644 und 666). Bei einer Rede vor dem 86. Deutschen Ärztetag in Kassel (vgl. 0040) schlug er gar eine Pflicht-Altersgrenze zur Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit vor (vgl. 155). In einem Interview nach dem Ärztetag (vgl. 0034) wandelte er diesen Belief dann so ab, dass die Rückgabe der Zulassung auf freiwilliger Basis erfolgen solle (vgl. 159). Auf der anderen Seite bekämpfte Hoppe auch die konkreten Vorhaben, mit denen der Zugang zur ambulanten Versorgung erschwert werden sollte. Dazu gehörten verpflichtende Weiterbildungsmaßnahmen sowie eine Altersgrenze als Vorbedingung für eine Zulassung (vgl. 441 und 162) sowie lokale oder allgemeine geographische Zulassungsbeschränkungen (vgl. 450 und 452). Da Hoppe verschiedene Alternativen zu den Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen aufzeigen konnte, wurde er für den ersten Abschnitt als sehr erfahren mit gegnerischen Argumenten zur *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* bewertet.

Abbildung 67: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Hoppe, erster Abschnitt

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|---|
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 8 | |
| | 6 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 5 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 4 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 3 | Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen |
| | 2 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Krankenkassen sind gegen Zuwachs an Ärzten |
| | 2 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| | 2 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 1 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| | 1 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein |
| | | |
| Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben | 2 | |
| | 1 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | 1 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 1 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | | |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 7 | |

| | | |
|---|---|---|
| | 5 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 4 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 3 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| | 1 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | | |
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 5 | |
| | 3 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 2 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | 1 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 1 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Krankenkassen sind gegen Zuwachs an Ärzten |
| | 1 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| | 1 | Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen |
| | 1 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| | | |
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 4 | |
| | 3 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |

| | | |
|--|---|---|
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 2 | Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen |
| | 2 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| | 1 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| | 1 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| | 1 | Krankenkassen sind gegen Zuwachs an Ärzten |
| | 1 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | | |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 6 | |
| | 5 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 4 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 3 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 2 | Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| | 1 | Krankenkassen sind gegen Zuwachs an Ärzten |
| | 1 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| | 1 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |

| | | |
|---|---|---|
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | | |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 3 | |
| | 1 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 1 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 7 | |
| | 4 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 4 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 3 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | 2 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| | 2 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 2 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |

Quelle: Datenbank

Für den zweiten Abschnitt wurden nur wenige Statements gefunden, in denen Hoppe einzelnen Beliefs, Methoden oder Theorien des Fehlverteilungskollektivs widersprochen hätte. Auch in diesem Zeitraum dominierte der Verweis auf die Freiberuflichkeit als wünschenswerte Verfassung des ärztlichen Berufs (vgl. 470). Daneben entkräftete er den Wunsch nach Zwangsmaßnahmen, indem er die Situation der ambulanten Versorgung als geprägt von Personalmangel charakterisierte (vgl. 359 und 363). Daher sei sowohl eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Allgemeinen als auch eine Abschaffung von konkreten Zwangsmaßnahmen vorzunehmen (vgl. 314; 315; 342; 350; 517 und 636). Insgesamt wurde also nur die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* abgeschwächt, diese aber deutlich.

Abbildung 68: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Hoppe, zweiter Abschnitt

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|--|------|--|
| Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 1 | |
| | 1 | Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden |
| | 1 | Unterversorgung nimmt zu |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 1 | |
| | 1 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 1 | Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| | 1 | Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden |
| | 1 | Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 1 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 1 | Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Komplementär zur *selektiven Wahrnehmung* und der *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten*, war Hoppes *analytischer Zugang* zu den Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen gering ausgeprägt. Mit dieser Gruppe teilte Hoppe im ersten Abschnitt nur die Statistiken über den generellen Anstieg der Arztzahlen, die *Überschuss-Theorie* sowie in schwachem Ausmaß die *Überversorgungs-Theorie*. Diese schwächte sich durch grundlegende Belief-Löschungen im Zeitverlauf noch weiter ab. Da Hoppe die *Überschuss-Theorie* maximal, die *Theorie des freien Zugangs* nahezu maximal und die *Methodik des freien Zugangs* sehr stark vertrat, stand er dem Kollektiv für freien Zugang sehr nahe.

Mit Hinblick auf die vertretenen Beliefs, Daten, Methoden und Theorien wurde klar, dass Hoppe im zweiten Abschnitt dem Unterversorgungskollektiv deutlich näherstand als dem Fehlverteilungskollektiv. So griff er zwar auf die von Vertretern beider Kollektive gemeinsam genutzten Statistiken zur Entwicklung der Arzt- und Medizinstudentenzahlen zurück und stellte 2005 eine neue Version von Kopetschs Arztlzahlstudie sogar persönlich vor (vgl. 0862). Mit den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs war er sich zudem einig, dass eine Reform der Bedarfssteuerung notwendig sei (vgl. 443). Er vertrat einige von beiden Kollektiven geteilte Beliefs, die zu den *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung* gehörten (vgl. 317; 329 und 499) und besaß einen hohen *analytischen Zugang* zur *bedingten Unterversorgungs-Theorie*. Darüber hinaus setzte er sich aber für keine der Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs ein, auch äußerte er im Vergleich zum ersten Abschnitt keine Beliefs der *Überversorgungs-Theorie* mehr. Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs vertrat Hoppe dagegen eine maximal ausgeprägte Version der *allgemeinen Unterversorgungs-Theorie* und auch die *Attraktivitätsverlust-Theorie* in einer nahezu maximalen Ausprägung. Lediglich mittelstark ausgeprägt war die *Nachwuchsmangel-Theorie*, da er hier weniger als die Hälfte aller Beliefs äußerte. Nur schwache Versionen konnten von der *Ausgabensteigerungs-Theorie*, den *Theorien der demographischen Aufwands-Steigerung*, der *gleichwertigen Lebensverhältnisse* und des *medizinischen Fortschritts* sowie die *Anreiz-Methodik* nachgewiesen werden. Da Hoppe aber in der Gesamtbetrachtung neben den gemeinsamen Statistiken viele Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs teilte, wurde sein *analytischer Zugang* zu letzteren als hoch bewertet. Im Vergleich dazu besaß er nur einen sehr geringen *analytischen Zugang* zu den Beliefs des Fehlverteilungskollektivs.

Devil shift

Trotz der von Hoppe abgelehnten Verschärfung der Bedarfssteuerung äußerte er nur bei einer Gelegenheit, dass es politische Fehlplanung gewesen sei, die zu Überversorgung geführt habe. Zudem verzichtete er sowohl vor als auch nach dem GSG darauf, seine Gegner als „Schurken“ zu beschreiben. Daher wirkte kein nennenswertes Ausmaß an *devil shift* auf ihn ein.

Auch im zweiten Abschnitt konnten nur schwache Spuren des *devil shifts* nachgewiesen werden. Zwar warf er Politikern im Allgemeinen vor, dass eine „ruinöse“ Gesetzgebung, die Versorgungslage der Bevölkerung verschlechtert habe (vgl. 0666). Bei mehreren Gelegenheiten attestierte er der Politik als Ganzes aber, das Problem des Ärztemangels erkannt zu haben (vgl.

1240 und 1013). Somit erfuhren Hoppes Policy Core Beliefs auch im zweiten Abschnitt keine nachweisbare Bestärkung durch den *devil shift*.

Soziale Kohäsion

Die Abbildung 69 zeigt nochmals, welches Übergewicht die Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen im ersten und zweiten Abschnitt des Untersuchungszeitraums in Bezug auf das Volumen und die Zahl der sie äussernden Akteure besaßen.

Abbildung 69: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Hoppe, erster Abschnitt

| Policy Core Belief | Hoppe | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|-------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 0 | 119 | 60 | 10 | 15 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 3 | 90 | 46 | 10 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 0 | 81 | 48 | 10 | 15 |
| Es droht allgemein Überversorgung | 3 | 73 | 37 | 6 | 15 |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 0 | 70 | 31 | 7 | 13 |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 2 | 65 | 38 | 5 | 13 |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 7 | 50 | 28 | 5 | 10 |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 6 | 48 | 27 | 6 | 11 |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 46 | 22 | 3 | 6 |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 0 | 40 | 26 | 7 | 10 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 0 | 39 | 33 | 4 | 9 |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 4 | 38 | 24 | 3 | 7 |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 7 | 36 | 16 | 6 | 8 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 0 | 31 | 21 | 4 | 6 |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 31 | 19 | 5 | 7 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

So existierten zu fünf der sechs Policy Core Beliefs mit den höchsten Punktwerten keine Gegen-Beliefs, die ebenfalls den Status eines Policy Core Beliefs besessen hätten. Der Policy Core Belief „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ besaß in Bezug auf sein Volumen und die Anzahl der ihn vertretenden Subsystem-Mitglieder und einflussreichen Akteure nur eine mittelstark herausfordernde *soziale Kohäsion*. In der öffentlichen Meinung dominierten aber vor allem die Angst vor lokaler und allgemeiner Überversorgung, so dass die *soziale Kohäsion* in Summe stark herausfordernd wirkte. Genauso wurden die Policy Core Beliefs „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ und „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ auf eine mittelstark beziehungsweise stark herausfordernde soziale Kohäsion verstärkt. Darüber hinaus

standen sich einerseits die Policy Core Beliefs „Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben“, „Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben“, „Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert“ sowie „Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben“ und andererseits die Policy Core Beliefs „Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben“, „Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert“ und „Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben“ gegenüber. Diese schwächten sich zwar gegenseitig ab. Allerdings teilten im Vorfeld des GVkB, des GRG und des GSG die einflussreichen Akteure, darunter etwa Arbeits- und Sozialminister Blüm oder Bundesgesundheitsminister Seehofer (Akteursnummern 706 und 463) die Präferenz für lokale oder gar allgemeine Zulassungssperren sowie Bedarfssteuerung im Allgemeinen (vgl. 447; 449 und 451). Da diese einflussreichen Akteure zunehmend schärfere Zulassungssperren, wie in Abschnitt 5.3 dargelegt, auch in das politische Programm einbrachten, stand Hoppe während des jeweiligen Gesetzgebungsprozesses unter dem Druck, durch Zugeständnisse anschlussfähig an die Regierung zu bleiben. Zudem wirkte auch hier die öffentliche Meinung bestärkend zugunsten der Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen. Andererseits teilte Hoppe mit den wichtigsten Repräsentanten des Kollektivs für freien Zugang zahlreiche Beliefs, wenn diese auch keine Ämter bekleideten, in denen ihnen ein Einfluss auf die Gesetzgebung zugekommen wäre. Zumindest in der Zeit als Vorsitzender des Marburger Bundes bis 1989 musste er zudem auf die Anliegen der von seiner Organisation vertretenen Mediziner besonders Rücksicht nehmen. Daher erfuhren auch die von ihm gehaltenen Policy Core Beliefs des Kollektivs für freien Zugang eine gewisse Bestärkung. Ab Mitte der 1990er-Jahre ließ die herausfordernde *soziale Kohäsion* für Hoppe nach, als weniger Akteure für eine weitere Verschärfung der Bedarfssteuerung eintraten.

Abbildung 70: Soziale Kohäsion bei Hoppe in Summe, erster Abschnitt

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|--|-------------------------------------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | Sehr stark herausfordernd |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend ¹ |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Überversorgung | Sehr stark bestätigend ¹ |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Mittelstark herausfordernd |
| Es gibt allgemein Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | Schwach bestätigend |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | Mittelstark bestätigend |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |

| | |
|---|--------------------------------|
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | Schwach herausfordernd |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Stark herausfordernd |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | Stark bestätigend ¹ |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Schwach bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Mittelstark herausfordernd |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |

¹Bis zur grundlegenden Belief-Löschung, danach sehr stark bzw. stark herausfordernd.

Durch Kopetschs Studie war Hoppe zum Jahreswechsel 2001/2002 neuen Policy Core Beliefs ausgesetzt. Dieser Effekt konnte mit dem sonst angewendeten Schema zur *sozialen Kohäsion* nicht bewertet werden. In Rückgriff auf die Annahme Sabatiers und Jenkins-Smiths, dass Akteure eher von Freunden lernen (1999), wurde er als sehr stark herausfordernde *soziale Kohäsion* klassifiziert, in der Gesamtbetrachtung wird darauf detaillierter eingegangen.

Abbildung 71: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Hoppe, zweiter Abschnitt

| Policy Core Belief | Hoppe | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|-------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 7 | 203 | 127 | 21 | 15 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 0 | 179 | 125 | 18 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 8 | 161 | 77 | 12 | 14 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 0 | 154 | 72 | 14 | 14 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 8 | 149 | 84 | 20 | 15 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 1 | 112 | 61 | 13 | 12 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 10 | 93 | 37 | 8 | 6 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 0 | 88 | 40 | 11 | 9 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 68 | 44 | 5 | 5 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 4 | 49 | 27 | 14 | 7 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 41 | 21 | 3 | 3 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Die Darstellung der *sozialen Kohäsion* im Anschluss auf dieses *interne Ereignis* kann mit Verweis auf die Beschreibung im Fall Köhler verkürzt dargestellt werden. Auch wenn Hoppe die Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“, „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ und „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ nicht erlernte, wirkten sie dennoch ohne Gegen-Policy Core Beliefs in unterschiedlichem Ausmaß herausfordernd, je um eine Stufe durch die öffentliche Meinung verstärkt. Im Falle der ersten beiden Policy Core Beliefs wirkte zudem vor dem GKV-VStG der Druck, an die Regierungsmehrheit anschlussfähig zu bleiben. Gleiches nur mit bestätigender Wirkung galt auch für „*Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden*“, „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“ und „*Unterversorgung sollte vermieden werden*“. Abweichend von Köhler konnte bei Hoppe kein

Nachweis für den Policy Core Belief „*Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung*“ erbracht werden, obwohl dieser eine sehr stark herausfordernde *soziale Kohäsion* für ihn besaß. Auch bei Hoppe negierten sich die Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“, „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“, „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ und „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ gegenseitig. Während die beiden ersten auf dem Niveau einer sehr schwach herausfordernden *sozialen Kohäsion* verblieben, wurden letztere durch die öffentliche Meinung auf ein mittelstark beziehungsweise schwach bestätigendes Ausmaß verstärkt.

Abbildung 72: Soziale Kohäsion bei Hoppe in Summe, zweiter Abschnitt

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Schwach bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Stark herausfordernd |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Mittelstark bestätigend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |

Ereignisse und Informationen

Hoppe orientierte sich im ersten Abschnitt zwischen 1983 und 1996 vor allem an Statistiken über drohende, existierende oder steigende Arbeitslosigkeit unter Ärzten (vgl. 132; 135 und 137) sowie den insgesamt zunehmenden Arztzahlen (vgl. 523 und 524). Obwohl er zwischen 1983 und 1993 mehrfach eine Reduktion der Studienplätze für Medizin forderte (vgl. 432), unterlegte er diese Forderung nur zwischen 1982 und 1987 mit Daten über die gestiegene Zahl von Medizinstudenten beziehungsweise -absolventen (vgl. 410 und 418). Im Bereich der öffentlichen Meinung äußerte Hoppe zwischen 1982 und 1983 den Belief, dass Ärzte von einer drohenden Überversorgung ausgingen (vgl. 644). Mit dem Belief „*Es werden zu viele Ärzte ausgebildet*“ verfügte er während des gesamten ersten Abschnitts auch über eine Erklärung für diese Statistiken. Als zusätzliche Lösungen schlug er eine verbindliche und später eine freiwillige Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, die Verteilung der Arbeit auf mehr Ärzte sowie die Reduktion der Studienplätze für Medizin vor (vgl. 155; 159; 168 und 432). Den letzten Belief vertrat er während des gesamten ersten Abschnitts, die Verteilung der Arbeit unter mehr

Ärzten immerhin von 1983 bis 1988. Statistische Überversorgung oder personelle Zunahmen bei einzelnen Arztgruppen erwähnte Hoppe dagegen nicht. Mit Blick auf seine Intentionen und diese Beliefs wurde klar, dass die *Informationen* zwar Anlass zur Sorge über die Zukunft der Ärzteschaft, insbesondere der jungen Ärzte gaben. Sie besaßen aber keine herausfordernde Wirkung auf Hoppe, da er sie durch die oben genannten Maßnahmen in Einklang mit seinen Policy Core Beliefs bringen konnte. Die Meldungen über Arbeitslosigkeit von Ärzten mussten ihn sogar in seiner Ablehnung von Zulassungssperren und Bedarfssteuerung bestärken.

Im zweiten Abschnitt spielte bei Hoppe Arbeitslosigkeit unter Ärzten keine Rolle mehr. Stattdessen fokussierte er sich zwischen 2002 und 2011 erstens auf zunehmende, drohende oder existierende Unterversorgung (vgl. 359; 363; 365 und 369). Diese sei insbesondere bei Hausärzten (vgl. 208 – 211) und vor allem im ländlichen Bereich (vgl. 378 und 380) virulent. Die Bedeutung dieses Problems untermauerte er beispielsweise zwischen 2002 und 2009 mit dem Verweis auf das hohe Durchschnittsalter der ambulant tätigen Ärzte im Allgemeinen (vgl. 383). Zudem stellte er zwischen 2002 und 2010 der Öffentlichkeit Statistiken vor (vgl. 1269 und 0779), in welchen auf offene Arztsitze und Unterversorgung bei weiteren Arztgruppen verwiesen wurde (vgl. 173-281). Damit verbunden war auch die zweite Kategorie von Daten, die Situation des ärztlichen Nachwuchses. Hier beklagte er zwischen 2002 und 2010, dass zu wenige junge Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stünden (vgl. 404 - 420). Als Gründe dafür nannte er zwischen 2007 und 2011 die Auswanderung deutscher Ärzte und zwischen 2002 und 2011 den Wechsel in andere Berufe (vgl. 376 und 388). Zumindest in einem Fall stellt er auch hier die entsprechenden Statistiken persönlich vor (vgl. 1269). Zusätzlich konnte für den Zeitraum zwischen 2002 und 2005 auch der Verweis auf die Abbrecherraten im Medizinstudium als Teil des Nachwuchs-Problems nachgewiesen werden (vgl. 424). Wie andere Mitglieder des Unterversorgungskollektivs sah sich auch Hoppe zwischen 2002 und 2010 veranlasst, sich selbst und der Öffentlichkeit die steigende Gesamtzahl der Ärzte (vgl. 523) zu erklären. Dabei verwies er einerseits auf größere Bedarfe an ambulanter Tätigkeit durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt (vgl. 566 und 571), andererseits auf eine zunehmend sinkende Arbeitszeit pro Arzt (vgl. 626 und 627). Ohne den Bezug zu der steigenden Gesamtzahl der Ärzte folgte er im Jahr 2009, dass aus der Feminisierung der Medizin ein geringeres Angebot an Arztstunden folge (vgl. 629 und 630). Unerwähnt ließ er dagegen Zunahmen und Überversorgung bei einzelnen Arztgruppen oder zur Zulassung gesperrte Gebiete. Zudem führte er keinen internationalen Vergleich über die Gesamtzahl der

Ärzte (vgl. 563) oder die Beziehung zwischen einer schrumpfenden Bevölkerung als Folge des demographischen Wandels und der Gesamtzahl der Ärzte. Wenn man die hier vorgestellten Daten mit Hoppes Intentionen vergleicht, wird klar, dass der Großteil von Ihnen eine bestätigende Wirkung hatte. Der Anstieg der Arztzahlen spielte für ihn nur bei wenigen Gelegenheiten eine Rolle, dabei fand er eine Erklärung aus mehreren Beliefs. Daher ging von dieser *Information* nur eine schwach herausfordernde Wirkung aus.

Gesamtbild

Der Fall der nicht erlernten Policy Core Beliefs im ersten Abschnitt zeigte, dass selbst eine in Summe sehr stark herausfordernd wirkende *soziale Kohäsion* nicht dazu führen muss, dass das Belief-System eines Akteurs angepasst wird. Hoppe wollte im ersten Abschnitt seiner Tätigkeit im Subsystem den Zugang zur ambulanten Versorgung für junge Ärzte freihalten und das Prinzip der Freiberuflichkeit stärken. Die Warnungen vor lokaler oder allgemeiner Überversorgung an sich widersprachen zwar noch nicht diesen Intentionen. Aber sie waren die Grundlage für die Forderung nach Zulassungssperren – sei es, um den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu stoppen, sei es, um die Zunahme von ärztlicher Konkurrenz zu verhindern. Diese indirekte Gefährdung von Hoppes Intentionen, kombiniert mit einer stark *selektiven Wahrnehmung* beziehungsweise einem immer schwächer werdenden *analytischen Zugang* verhinderte daher grundlegendes Lernen bei den Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen. Dazu bedurfte es nicht einmal des irrelevanten *devil shifts*, auch widerlegten die von Hoppe referenzierten *Ereignisse und Informationen* nur manche herausfordernden Beliefs. Seine *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* wirkte zumindest bei denjenigen Policy Core Beliefs zusätzlich Lern-hemmend, mit denen Zulassungssperren und Bedarfssteuerung das Wort geredet wurde.

Abbildung 73: Von Hoppe nicht erlernte Policy Core Beliefs, erster Abschnitt

| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Es gibt allgemein Überversorgung | Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | Belief |
|--|----------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | selektive Wahrnehmung |
| stark hemmend | irrelevant | stark hemmend | stark hemmend | irrelevant | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten |
| gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | analytischer Zugang |
| irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | devil shift |
| schwach herausfordernd | sehr stark herausfordernd | mittelstark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | soziale Kohäsion in Summe |
| hemmend | irrelevant | hemmend | irrelevant | irrelevant | Ereignisse u. Informationen |

| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert |
|---|-------------------------------------|--|--|
| stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend |
| stark hemmend | irrelevant | irrelevant | stark hemmend |
| gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering |
| irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| schwach herausfordernd | mittelstark herausfordernd | stark herausfordernd | schwach herausfordernd |
| hemmend | irrelevant | irrelevant | hemmend |

Die sechs von Hoppe aufgegebenen Policy Core Beliefs unterschieden sich nicht nur im Jahr ihrer Löschung, sondern auch in ihrem Inhalt., daher wurden sie getrennt dargestellt. Im Falle der 1985 gelöschten Beliefs wirkte der *analytische Zugang* sehr stark herausfordernd. Wie in Abschnitt 5.3.3 beschrieben, begründeten die Mitglieder des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen ihre Forderungen nach einer Drosselung des Zugangs zur ambulanten Versorgung mit drohender Überversorgung. Sie unterschieden sich zwar im Detail darin, dass Vertreter der Krankenkassen, CDU, CSU und SPD damit eher die Kostenproblematik dieses Sektors angehen wollten, während Vertreter der niedergelassenen Ärzte sich eher um die Gefahr eines ruinösen Konkurrenzkampfes unter den Vertragsärzten sorgten. Aber in beiden Varianten wurde zugunsten der Limitation des Zugangs zur ambulanten Versorgung mit einem drohenden, übermäßigen Anstieg der Arztzahlen argumentiert. Diesen Anstieg als drohende Überversorgung und Ärzteschwemme zu charakterisieren, musste für Hoppe zunehmend unattraktiv erscheinen, da er in dieser Argumentationskette der *Theorie* und *Methodik des freien Zugangs* entgegenwirkte und er zugleich dem Kollektiv für

Zulassungsbeschränkungen das Wort redete. Dadurch gefährdete er seine Intentionen – die Bewahrung der Berufsfreiheit für angehende Ärzte und den freiberuflichen Charakter des Arztberufes. Diese Faktoren übertrafen in ihrer herausfordernden Wirkung auch die (sehr) stark bestätigende *soziale Kohäsion*. Da er mit den Theorien und Methoden des Kollektivs für freien Zugang vertraut war, wirkte nur eine minimale Bestätigung durch die *selektive Wahrnehmung*. Diese drei Belief-Löschungen wurden als politisches Lernen bewertet.

Abbildung 74: Grundlegende Belief-Löschungen bei Hoppe bis 1985⁴¹

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|-------------|--|-----------------------------|
| Übersorgung sollte vermieden werden | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | irrelevant | sehr stark bestätigend – sehr stark herausfordernd | irrelevant |
| Es droht allgemein Übersorgung | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | irrelevant | sehr stark bestätigend – sehr stark herausfordernd | irrelevant |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | irrelevant | stark bestätigend – stark herausfordernd | irrelevant |

Anders verhielt es sich mit den Policy Core Beliefs zum Thema Zulassungsbeschränkungen. Der Einsatz für zukünftige, junge, arbeitslose und stationär beschäftigte Ärzte zwischen 1982 und 1996 war auf der einen Seite von einer stark bestätigenden *selektiven Wahrnehmung* und Hoppes großer *Erfahrung bei der Ablehnung* von Zulassungshindernissen geprägt. Zudem besaß er einen weit höheren *analytischen Zugang* zum Kollektiv für freien Zugang als zum Kollektiv

⁴¹ Abbildung 74 stellt die Konfiguration der Variablen vor und nach dem Lernprozess dar.

für Zulassungsbeschränkungen. Zumindest in der Zeit als Vorsitzender des Marburger Bundes wurde für Hoppe ein gewisses Maß bestätigender *sozialer Kohäsion*, resultierend aus dem Gruppendruck aus Furcht vor Mitgliederverlusten angenommen. Aus den von ihm referenzierten *Informationen* ging keine herausfordernde Wirkung hervor, aufgrund der Problematisierung von Arbeitslosigkeit unter Ärzten wirkten sie sogar eher bestätigend. Daher veränderte er diese Policy Core Beliefs zunächst nicht, auch wenn sie nicht durch den *devil shift* und nur eine in Summe schwach bis mittelstark bestätigende *soziale Kohäsion* geschützt wurden. Da sie nach 1996 nicht mehr geäußert wurden, wären sie nach dem ersten Kriterium aus Abschnitt 4.3.3., der nicht-Erwähnung über zwei Jahre hinweg, im Jahr 1998 als gelöscht zu betrachten gewesen. Als zweites Kriterium für grundlegende Belief-Löschung wurde allerdings festgelegt, dass ein Akteur in dieser Zeit auch weiterhin im Subsystem tätig sein müsse. Andernfalls ließe sich nicht sagen, ob dieser Belief keine Rolle für den Akteur spielte, oder er bei unverändertem Belief-System lediglich nicht im Subsystem tätig war. Bei Hoppe kollidierten diese beiden Kriterien, da für die Jahre 1997 bis 1999 trotz intensiver Recherche keine Statements zum Thema Bedarfssteuerung gefunden werden konnten. Um den Konflikt aufzulösen, wurde beschlossen, auf das erste Statement nach 1996 die zwei Jahre für das erste Kriterium der grundlegenden Belief-Löschung zu rechnen. Damit wurden die Beliefs aus Abbildung 75 bis zum 13. Oktober 2002 als gelöscht bewertet. Als Grund wurde angenommen, dass für Hoppe mit der nicht im Jahr 1999 eingeführten Bedarfszulassung ein wesentliches Motiv für seinen Kampf gegen eine Verschärfung des Zugangs zur ambulanten Versorgung entfiel. Die zuvor bestätigend wirkende *soziale Kohäsion* wurde zudem aufgrund des nachlassenden Interesses am Subsystem irrelevant. Auch referenzierte er nach 1996 keine Statistiken mehr zum Thema Arbeitslosigkeit unter Ärzten. Dadurch verloren diese Policy Core Beliefs die Bestärkung durch die Variable *Ereignisse und Informationen*. Lokale Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung verloren als Thema an Brisanz, wenn sich die Aspiranten für die ambulante Versorgung relativ frei niederlassen konnten. Vor allem aber wurde er mit dem neuen Paradigma des Ärztemangels konfrontiert, welches die Chance bot, finanzielle und organisatorische Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für Ärzte zu erzielen und die von ihm so oft kritisierte Bürokratie in der ärztlichen Tätigkeit zu reduzieren. Ein Beharren auf Policy Core Beliefs mit Bezug zur Beschränkung des Zugangs zur ambulanten Versorgung brachte Hoppe bei der Durchsetzung dieses neuen Paradigmas keine Vorteile. Es konnte im Gegenteil sogar als Eingeständnis interpretiert werden, dass die Situation in der

ambulanten Versorgung weiterhin eher von Zuwächsen und Überversorgung geprägt sei. Zudem musste aus dem Zahlenwerk selbst der Eindruck hervorgehen, dass angesichts der drohenden Lücken Zulassungssperren weniger Ärzte bei einem Eintritt in die ambulante Versorgung behindern würden, als dies bisher der Fall gewesen war. Diese grundlegenden Beliefs-Löschungen waren also möglich, da die Policy Core Beliefs zum Zeitpunkt ihrer Löschung nicht mehr über starke Beharrungskräfte verfügten und sie Hoppes Intentionen nicht mehr beförderten, sondern eher behinderten.

Abbildung 75: Bis 2002 gelöschte Policy Core Beliefs⁴²

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|--|-----------------------------|
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr hoch - irrelevant | irrelevant | mittelstark bestätigend – sehr schwach bestätigend | bestätigend - irrelevant |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr hoch - irrelevant | irrelevant | schwach bestätigend – sehr schwach bestätigend | bestätigend - irrelevant |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr hoch - irrelevant | irrelevant | schwach bestätigend – sehr schwach bestätigend | bestätigend - irrelevant |

Die Diffusion von Policy Core Beliefs zum Thema drohende oder existierende Unterversorgung war untrennbar mit der ersten Auflage der Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung

⁴² Abbildung 75 stellt das Nachlassen der bestätigenden Variablen von 1992 bis 2002 dar.

verbunden. Da sie der gemeinsamen Statistikabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung entstammte, hatte Hoppe sie definitiv wahrgenommen. *Selektive Wahrnehmung* wirkte also nicht, ebenso wenig wie *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* und *devil shift*. Zudem war die herausfordernde *soziale Kohäsion* durch das generell ähnliche Subsystem Kopetschs sehr hoch. Die Studie musste auch als *Information* eine stark herausfordernde Wirkung entfalten, da angesichts der Knappheit des Angebots an Ärzten verbesserte Arbeitsbedingungen eingefordert werden konnten. Hoppe selbst bezeichnete die steigende Nachfrage als große Chance für angehende Ärzte (vgl. 0679). Die Löschung der Policy Core Beliefs zum Thema Zulassungsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung und die zeitnahe Diffusion von Policy Core Beliefs über drohende oder existierende Unterversorgung stellten erstens ein Paradebeispiel für die veränderte Wahrnehmung der sozialen Konstruktion des gesamten Subsystems dar. Nicht mehr Über-, sondern Unterversorgung war nun für Hoppe das größte Problem der Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor. Auf dieser Ebene wurden die Belief-Löschungen daher als Folge von sozialem Policy-Lernen klassifiziert. Aus dieser veränderten Wahrnehmung des gesamten Subsystems folgte auch, dass Hoppe Zugangsbeschränkungen und Bedarfssteuerung nicht länger als Bedrohung für junge Ärzte auffasste, daher waren diese Belief-Löschungen auch Fälle von instrumentellem Policy-Lernen. Zuletzt zeigte sich hier auch die Relativität eines Subsystems und damit der Natur des Lernprozesses für einen Akteur. Da das Subsystem für Hoppe eher zur Verwirklichung von höherrangigen Beliefs diente, konnte man mit Blick von *außen* auch von politischem Lernen sprechen. Auch wenn sowohl die grundlegende Belief-Löschung als auch die Belief-Diffusion im Jahr 2002 stattfanden, wurde beide Phänomene nicht als Einheit in Form einer Belief-Veränderung bewertet. Dies deshalb nicht, da sich die Beliefs nicht auf einen gleichen Inhalt bezogen, wie in der Definition in Abschnitt 4.3.3 festgelegt wurde. Nachdem Hoppe seine Policy Core Beliefs von der Ablehnung von Zulassungssperren und Bedarfssteuerung hin zur Abwehr von drohender und existierender Unterversorgung verändert hatte, entwickelte er starke Beharrungskräfte für sie. Insbesondere die hauptsächlich durch das Unterversorgungskollektiv vertretenen Policy Core Beliefs waren durch die Variablen einer Herausforderung weitgehend entzogen. Zwar bestärkte die *selektive Wahrnehmung* nicht die Policy Core Beliefs der *bedingten Unterversorgungs-Theorie*, hier wirkten aber der *analytische Zugang* sowie die *soziale Kohäsion* und dort insbesondere die Haltung der einflussreichen Akteure nach der Wahl 2009 bestätigend. Bei Hoppe konnte in diesem Bereich kein Policy-Lernen aus Orientierung an

den einflussreichen Akteuren wie bei Köhler nachgewiesen werden. Im Gegensatz zum KBV-Chef war er weniger auf eine Kooperation mit den Mitgliedern der Regierungskoalition angewiesen und brauchte daher auf deren Belief-Systeme weniger Rücksicht nehmen. Die *Informationen*, die er aufgriff, deuteten in der Mehrheit auf bereits existierende oder – auch in Hinblick auf den ärztlichen Nachwuchs – drohende Unterversorgung hin. Für das herausfordernde Phänomen insgesamt steigender Arztzahlen fand Hoppe dagegen eine Erklärung. Aus diesen Gründen fiel auch der irrelevante *devil shift* nicht ins Gewicht. Am Ende des Untersuchungszeitraums stellte die Diffusion des grundlegenden Policy Core Beliefs „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ für Hoppe eine Möglichkeit dar, im Rahmen des GKV-VStG den allgemeinen Einsatz für die Ärzte in konkrete Verbesserungen zu gießen. Somit handelte es sich um einen Fall von politischem Lernen.

Abbildung 76: Ab 2002 erlernte Policy Core Beliefs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|---|--|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | stark herausfordernd - stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | irrelevant | irrelevant | sehr hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend ¹ | irrelevant |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | stark herausfordernd - stark bestätigend |

| | | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------|------|------------|---|---|
| Es droht allgemein Unterversorgung | irrelevant –stark bestätigend | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - schwach bestätigend | stark herausfordernd - stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | irrelevant –stark bestätigend | bestätigend | hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - mittelstark bestätigend | stark herausfordernd - stark bestätigend |

Bei den nicht erlernten Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs bestand bei Hoppe eine ähnliche Konstellation der Ego-, Alter und Objekt-zentrierten Variablen sowie der Intentionen, wie bei Köhler. Demnach erlernte er keine Beliefs zum Thema Überversorgung und Fehlverteilungen, da er gegenüber den damit verbundenen Theorien und Methoden eine stark *selektive Wahrnehmung* besaß, dagegen nur einen geringen *analytischen Zugang* zu den Belief-Systemen der Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs. Auch die *Ereignisse und Informationen* wirkten gegenüber der Diffusion dieser Beliefs hemmend. Die *soziale Kohäsion* wirkte bei einigen dieser Policy Core Beliefs zwar sehr stark herausfordernd, sie konnte aber die Lern-hemmenden Variablen nicht übertreffen. Auch waren die herausfordernden Policy Core Beliefs nicht wünschenswert für Hoppe in Bezug zu seinen Intentionen. Bei dem Policy Core Belief „*Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung*“ handelte es sich um die schwächere Ausprägung des von Hoppe bereits vertretenen Policy Core Beliefs „*Es droht allgemein Unterversorgung*“. Diesen zu übernehmen hätte trotz der insgesamt stark herausfordernd ausgestalteten Variablen die Warnung vor den Folgen des Ärztemangels abgeschwächt und damit auch die Chancen auf finanzielle und organisatorische Verbesserungen für die ambulant tätigen Ärzte. Es war also die Unvereinbarkeit mit den Intentionen, die einen Lernprozess hier verhinderte.

Abbildung 77: Von Hoppe nicht erlernte Policy Core Beliefs, zweiter Abschnitt

| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Es gibt nicht allgemein Überversorgung | Überversorgung sollte vermieden werden | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Es droht an bestimmten Orten Überversorgung | Belief |
|---|--|--|-------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | irrelevant | selektive Wahrnehmung |
| hemmend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten |
| sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering | hoch | analytischer Zugang |
| irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | devil shift |
| sehr schwach herausfordernd | sehr schwach herausfordernd | stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | soziale Kohäsion in Summe |
| stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark herausfordernd | Ereignisse u. Informationen |

5.7.3 Frank Ulrich Montgomery

Mit einer Mitgliedschaft im Subsystem von 1984 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums, war Frank Ulrich Montgomery eines der langjährigsten Mitglieder des Subsystems. In dieser Zeit war er unter anderem Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg, ehe er zwischen 1989 und 2007 das Amt des ersten Vorsitzenden des Bundesverbandes des Marburger Bundes bekleidete. Zudem war er während eines Großteils des Untersuchungszeitraums Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer und seit 2011 deren Präsident. Auch bei ihm wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit der Untersuchungszeitraum in zwei Abschnitte mit dem Jahreswechsel 2001 / 2002 als Schranke eingeteilt.

Intentionen

Von 1984 bis 2001 konzentrierte sich Montgomery darauf, die Berufschancen für Medizinstudenten sowie für arbeitslose oder im Krankenhaus tätige Ärzte unter den Bedingungen der Kostendämpfungspolitik möglichst gut zu gestalten. Dabei appellierte er auf der Ebene der Deep Core Beliefs und der übergeordneten Beliefs an die Berufsfreiheit als Grundrecht und sah die Freiberuflichkeit als das wichtigste Leitprinzip für die ärztliche Tätigkeit (vgl. 466; 467 und 470). Zudem stellten die Maßnahmen des Gesetzgebers für ihn einen unerwünschten Zuwachs an Bürokratie dar (vgl. 517). Interessanterweise beteiligte sich aber Montgomery nicht an der Frage, ob Überversorgung im ambulanten Sektor drohe oder bereits vorhanden sei. Stattdessen kämpfte er gegen Zugangsbeschränkungen in der ambulanten Versorgung und das Konzept einer verbindlichen Bedarfssteuerung unter Zuhilfenahme von Zwangsinstrumenten (vgl. 448; 450; 452; 454 und 473). Montgomery lehnte Zulassungssperren ab, da diese zulasten junger Ärzte gingen und verfassungswidrig seien (vgl. 455; 161 und 469). Auch die Nutzung von Weiterbildungsmaßnahmen als verdeckte Zulassungssperren und Altersgrenzen bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit lehnte er ab (vgl. 441 und 162). Stattdessen konstatierte er, dass zu viele Medizinstudenten ausgebildet würden und forderte die Reduktion der Studienplätze für Medizin (vgl. 432 und 434). Um diesen Vorschlag zu untermauern warnte er vor drohender oder existierender Arbeitslosigkeit (vgl. 132; 135 und 137). Zudem suchte er nach Lösungen, mit denen bereits ausgebildete Mediziner dennoch einen Arbeitsplatz finden konnten. Dazu gehörten die Verteilung der ärztlichen Tätigkeit auf mehr Ärzte, etwa durch die Schaffung von Arbeitsplätzen als Dauerassistenten oder geteilte Arztsitze. Zudem regte er arbeitslose Ärzte an, einen Beruf in anderen Bereichen des

Gesundheitswesens anzunehmen (vgl. 165 - 168). Aufgrund dieser Intentionen und seiner häufigen Äußerungen war Montgomery ein Haupt-Mitglied des Kollektivs für freien Zugang.

Abbildung 78: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Montgomery, 1984 - 2001

Theorien und Methoden des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen

| Konkurrenzkampf-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare | 127 | 1 | Secondary Aspect |
| Übersorgungs-Theorie | | | |
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> ⁴³ | 103 | 1 | Policy Core Belief |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 524 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Kollektivs für freien Zugang

| Theorie des freien Zugangs | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 4 | überg. Belief |
| <i>Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert</i> | 448 | 8 | Policy Core Belief |
| <i>Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben</i> | 454 | 9 | Policy Core Belief |
| Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte | 455 | 6 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit | 466 | 2 | Secondary Aspect |
| Berufsfreiheit ist ein Grundrecht | 467 | 1 | Deep Core Belief |
| Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform | 469 | 3 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 2 | Secondary Aspect |
| Methodik des freien Zugangs | | | |
| Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben | 162 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärzte, die keinen Arbeitsplatz finden, sollten in anderen Berufen des Gesundheitswesens arbeiten | 165 | 2 | Secondary Aspect |
| Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden | 166 | 1 | Secondary Aspect |
| Durch Dauerassistenten sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden | 167 | 1 | Secondary Aspect |
| Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden | 168 | 1 | Secondary Aspect |
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 441 | 2 | Secondary Aspect |
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 450 | 7 | Secondary Aspect |
| <i>Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben</i> | 452 | 6 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Überschuss-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 432 | 5 | Secondary Aspect |
| Es werden zu viele Ärzte ausgebildet | 434 | 3 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|------------------|
| Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu | 132 | 3 | Secondary Aspect |
| Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 135 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 137 | 7 | Secondary Aspect |

⁴³ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| | | | |
|---|-----|---|---------------|
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 1 | überg. Belief |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 3 | überg. Belief |

Quelle: Datenbank

Angesichts der ablehnenden Haltung gegenüber Zulassungssperren und Bedarfsplanung verwundert es nicht, dass Montgomery 2002 positiv auf die erste Version von Kopetschs Studie über Unterversorgung reagierte und deren Inhalte rasch aufgriff. Seine veränderten Intentionen ähnelten ab dann denen von Köhler und Hoppe. Wie diese forderte Montgomery Verbesserungen bei der Attraktivität, der Organisation und der Finanzierung der ambulanten Versorgung (vgl. 342; 636 und 479). Auch wirkten für ihn gestiegene Bedarfe aufgrund des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts als Impulse von außen in das Subsystem. Diese Beliefs kombinierte er mit der Warnung vor drohender oder existierender Unterversorgung (vgl. 359 - 369). Auch die Rechtfertigung der insgesamt steigenden Arztzahlen fußte auf ähnlichen Indikatoren, etwa der geringeren Arbeitszeit weiblicher Ärzte (vgl. 523; 629 und 630). Wie Köhler sprach sich auch Montgomery für Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder die Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend geschultes Personal als *organisatorische Maßnahmen gegen Unterversorgung* aus (vgl. 317 und 329). Um diese Ziele zu erreichen, strebte er eine Reform der Bedarfssteuerung an, bei der auch die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor überwunden werden sollte (vgl. 443 und 464). Interessanterweise betrachtete er das GKV-VStG aber nicht als Abschluss des Reformprozesses, sondern verlangte weitere Schritte in diese Richtung (vgl. 1954). Angesichts seiner langjährigen Verbindungen zu den Ärztekammern verwundert es nicht, dass er im Vorfeld des GKV-VStG zudem eine stärkere Rolle für sie in der Bedarfssteuerung forderte (vgl. 633). Montgomery scheint sich dagegen mit der Bedarfssteuerung als solcher abgefunden zu haben, denn er erneuerte den Vorwurf mangelnder Verfassungskonformität von Zulassungssperren im zweiten Abschnitt nicht und forderte auch nicht ihre Aufhebung. Bei ihm fiel zudem auf, dass er sich in einer stärkeren Auseinandersetzung mit den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs befand als Köhler und Hoppe. Trotz der Veränderungen in den Intentionen gab es auch Gemeinsamkeiten über beide Abschnitte. Insbesondere engagierte sich Montgomery während seiner gesamten Mitgliedschaft im Subsystem gegen Zwangsmaßnahmen in der Bedarfssteuerung und ein Übermaß an Bürokratie in der medizinischen Versorgung sowie für eine freiberufliche Fassung der ärztlichen Tätigkeit (vgl. 473; 517 und 470). Zusammengefasst kann man sagen, dass Montgomery hauptsächlich die Anliegen der von ihm vertretenen Ärzte unterstützte. Im ersten

Abschnitt war dies die Offenhaltung des Zugangs zur ambulanten Versorgung für junge, arbeitslose und noch stationär beschäftigte Ärzte. Im zweiten Abschnitt leitete er aus der Knappheit ambulanter Mediziner den Wunsch nach einer organisatorischen und finanziellen Besserstellung zur Verbesserung der Attraktivität der ärztlichen Profession ab.

Abbildung 79: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Montgomery, 2002 -2012

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|-------------|-------------|--------------------|
| Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten | 359 | 13 | Secondary Aspect |
| Unterversorgung nimmt zu | 363 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 8 | Policy Core Belief |
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 11 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 4 | Secondary Aspect |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 5 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 8 | überg. Belief |
| Ärzte werden zu stark belastet | 635 | 4 | überg. Belief |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 8 | überg. Belief |
| Ausgabensteigerungs-Theorie | | | |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 14 | überg. Belief |
| Mitversorgungs-Theorie | | | |
| Es gibt keine Fehlverteilungen von Ärzten | 104 | 4 | Secondary Aspect |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 1 | Secondary Aspect |
| Ambulante Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden | 396 | 1 | Secondary Aspect |
| Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium | 424 | 3 | Secondary Aspect |
| Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch | 439 | 1 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 1 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 4 | überg. Belief |
| Theorie des medizinischen Fortschritts | | | |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 3 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 151 | 4 | Secondary Aspect |
| Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben | 313 | 1 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 7 | Policy Core Belief |
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden | 350 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 6 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 5 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung⁴⁴</i> | 367 | 1 | Policy Core Belief |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 6 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 2 | Secondary Aspect |
| Bei Unterversorgung sollten Gesundheitszentren eingerichtet werden | 341 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 1 | überg. Belief |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 1 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Es sollten nicht mehr Ärzte ausgebildet werden | 431 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 6 | Policy Core Belief |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 5 | überg. Belief |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 1 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 5 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt | 626 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt wird sinken | 627 | 2 | Secondary Aspect |
| Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit als männliche | 629 | 6 | Secondary Aspect |
| Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu | 630 | 6 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Ärztekammern sollten an Bedarfsplanung beteiligt werden | 633 | 5 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Krankenkassen sollten sich gegen Unterversorgung engagieren | 659 | 3 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Bei Montgomery wurden acht Fälle von grundlegendem Policy-Lernen erfasst, die zwei Trends bildeten: Einerseits gab er gemäß den in Abschnitt 4.3.3 aufgestellten Regeln für grundlegende Belief-Löschung verschiedene Policy Core Beliefs auf. Dazu gehörte „*Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben*“ welcher bis zum 18. Juni 2001 als gelöscht bewertet wurde. Bis zum 26. Mai 2002 folgte dann „*Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert*“ und „*Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben*“. Andererseits erwarb Montgomery dafür eine Reihe von Policy Core Beliefs, so „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ ab dem 8. April 2002. Für den 30. Mai 2003 konnte erstmals der Policy Core Belief „*Unterversorgung sollte vermieden werden*“ nachgewiesen werden. Ab dem 21. April 2009 vertrat er den Belief „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“ während er am 7. April

⁴⁴ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

2010 zum ersten Mal den Policy Core Belief „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ äußerte. Ab dem 18. Januar 2011 vertrat er „*Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden*“.

Selektive Wahrnehmung

Eine Gemeinsamkeit zwischen beiden Abschnitten in Montgomerys Subsystem-Mitgliedschaft war, dass seine *Wahrnehmung* in beiden Abschnitten gegenüber seinen politischen Gegnern stark *selektiv* ausgeprägt war. So ignorierte er im ersten Abschnitt alle Beliefs der *Theorie der Zulassungsbeschränkung* sowie der *Kosten-Theorie*. Im Fall der *Überversorgungs-Theorie* referenzierte er lediglich einmal den Belief „*Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem*“. Montgomery äußerte zwar auch „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ ein einziges Mal. Dies galt jedoch nach den Regeln aus Abschnitt 4.3.3 nicht als ein erlernter Policy Core Belief. Bei der *Konkurrenzkampf-Theorie* vertrat er keinen Belief außer „*Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare*“. Auch für die *Anreiz-Methodik* konnten keine Beliefs nachgewiesen werden, während er die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* im Rahmen der *Variable Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* stark ablehnte. Wie noch aufgezeigt werden wird, vertrat Montgomery dagegen die *Theorie und Methodik des freien Zugangs* sowie die *Überschuss-Theorie*. Daher war seine *selektive Wahrnehmung* gegenüber dem Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen sehr stark, gegenüber dem Kollektiv für freien Zugang dagegen sehr schwach ausgeprägt. Im zweiten Abschnitt ignorierte Montgomery auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs die *Kosten-* und die *Überversorgungs-Theorie* vollkommen. Dagegen lehnte er die *Fehlverteilungs- Theorie* und die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* eher ab als sie zu ignorieren. Er vertrat auch nicht alle Theorien des Unterversorgungskollektivs gleich stark. Zu den sehr schwach vertretenen Theorien gehörten die *Mitversorgungs-* und die *Nachwuchsmangel-Theorie* sowie die *Theorien der gleichwertigen Lebensverhältnisse*, der *demographischen Aufwands-Steigerung* und des *medizinischen Fortschritts*. Da Montgomery aber – wie bei der Variablen *analytischer Zugang* gezeigt werden wird – dennoch die wichtigsten Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs aufgriff, war seine *selektive Wahrnehmung* ihm gegenüber nur schwach ausgeprägt. Dagegen unterlag er gegenüber den Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs einer mittelstark *selektiven Wahrnehmung*.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Bei dem Versuch, die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für die nachrückende Ärzte-Generation offen zu halten, sprach sich Montgomery im ersten Abschnitt gegen die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* mit den verschiedenen Formen von Zulassungssperren und ambulanter Bedarfssteuerung aus. Dabei verwendete er zwei Argumentationsmuster. Im Konkreten bezweifelte er die Verfassungskonformität von Zulassungssperren und betonte den Wert von Berufsfreiheit (vgl. 450 - 469). Man kann davon ausgehen, dass er damit insbesondere an Politiker der FDP appellierte, die diese Beliefs ebenfalls vertraten und Teil der Regierungsmehrheit waren (vgl. z.B. 0114). Im Abstrakten wies er darauf hin, dass Zulassungsbeschränkungen zulasten junger Ärzte gingen, zudem solle im Gesundheitswesen Freiberuflichkeit anstelle der aus seiner Sicht übergroßen Bürokratie vorherrschen (vgl. 455; 470 und 517). Auch wenn er sich mit seinen Argumenten bei der Erarbeitung des GSG nicht durchsetzen konnte, muss man dennoch sehen, dass Montgomery hier zu einer stringenten Antwort fähig war. Dadurch wurde er einerseits in seinen bestehenden Policy Core Beliefs bestärkt. Andererseits wirkten diese Argumente hemmend gegenüber herausfordernden Policy Core Beliefs, die Einschränkungen im Zugang zur ambulanten Versorgung beinhalteten.

Abbildung 80: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Montgomery, erster Abschnitt

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|--|------|---|
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 2 | |
| | 1 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | | |
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 4 | |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 1 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 6 | |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 3 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 2 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 7 | |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 2 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 8 | |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben | 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| | 1 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 1 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 2 | |
| | 2 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 2 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 2 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 9 | |
| | 5 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| | 3 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 2 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| | 1 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |

Quelle: Datenbank

Im zweiten Abschnitt wandte sich Montgomery gegen die wichtigsten Elemente des Belief-Systems des Fehlverteilungskollektivs: Die Annahme, dass die Situation des ambulanten Sektors nicht von einer allgemein drohenden oder existierenden Unterversorgung, sondern von Fehlverteilungen geprägt sei und dass die Versorgung daher mit Zwangsinstrumenten, wie Honorarabschlägen, ausgeglichen werden sollte (vgl. 104; 151 und 473). Gegen die Vorstellung

von Fehlverteilungen setzte er das Bild einer sowohl an bestimmten Orten als auch allgemein existierenden Unterversorgung (vgl. 359 und 369). Ähnlich wie Köhler argumentierte er auch, dass der Bedarf an ambulanten Leistungen durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt zunehme (vgl. 566 und 571). Honorarabschläge in überversorgten Gebieten und Zwangsinstrumente im Allgemeinen bezeichnete er als nutzlos und schlug als Alternative finanzielle Anreize und organisatorische Verbesserungen zur Bekämpfung der Unterversorgung vor (vgl. 314; 479; 509; 601 und 636). Dazu zählte er beispielsweise die Einrichtung von Praxisräumen durch die Kommunen (vgl. z.B. 1761). Zusätzlich argumentierte er auch hier mit drohender und existierender Unterversorgung als dem eigentlichen Problem des ambulanten Sektors (vgl. 359 - 369). Montgomery erwies sich also im zweiten Abschnitt als erfahren im Umgang mit den Beliefs der *Fehlverteilungs-Theorie* und der *Übersorgungs-Reduktions-Methodik*.

Abbildung 81: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Montgomery, zweiter Abschnitt

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|--|
| Es gibt keine Fehlverteilungen von Ärzten | 4 | |
| | 2 | Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten |
| | 2 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |
| | 2 | Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem |
| | 2 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 2 | Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 2 | Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit als männliche |
| | 2 | Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu |
| | 1 | Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt |
| | 1 | Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe |
| | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 4 | |
| | 2 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 1 | Die Verhältniszahlen sollten neu festgelegt werden |
| | 1 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |

| | | |
|---|---|--|
| | 1 | Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten |
| | 1 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | 1 | Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden |
| | 1 | Kommunen sollten um niedergelassene Ärzte werben |
| | 1 | Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden |
| | | |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 3 | |
| | 2 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 1 | Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten |
| | 1 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | 1 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |
| | 1 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 1 | Kommunen sollten um niedergelassene Ärzte werben |
| | 1 | Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Wie in Abschnitt 5.3.2 dargestellt, wurden in der ersten Phase des Untersuchungszeitraums vor allem Statistiken über die Arbeitslosigkeit von Ärzten sowie über die Zunahme einzelner Arztgruppen und der ambulanten Ärzteschaft als Ganzes referenziert. Erstere zitierte Montgomery und stellte sie auf dem 92. Deutschen Ärztetag sogar seinen Standeskollegen vor (vgl. 0356). Allerdings ignorierte er letztere weitgehend, so dass man sagen muss, dass er sich nur teilweise auf eine Kollektiv-übergreifende Datenbasis berief. Wie sich bereits bei der Variablen *selektive Wahrnehmung* zeigte, besaß er auch ansonsten nur einen sehr geringen *analytischen Zugang* zum Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen: Montgomery äußerte lediglich jeweils einen Belief der *Konkurrenzkampf-Theorie* und der *Überversorgungs-Theorie* und damit nur minimal ausgeprägte Versionen dieser Theorien. Er war zudem ein Anhänger der von beiden Kollektiven vertretenen *Überschuss-Theorie*. Auf der Seite des Kollektivs für freien Zugang vertrat er die *Theorie des freien Zugangs* in ihrer maximalen Ausprägung und die

Methodik des freien Zugangs in einer nahezu maximalen Ausprägung und bezeugte damit, dass er dem Kollektiv für freien Zugang sehr nahestand.

Wie bereits erwähnt, vertrat Montgomery zu Beginn des zweiten Abschnitts die neuen Erkenntnisse von Kopetschs Arztzahl-Studie frühzeitig und stellte spätere Auflagen sowie weitere Statistiken persönlich vor. An der Datenbasis besaß er also Zugang zu beiden Kollektiven. Auch auf der methodischen Ebene teilte er mit den Mitgliedern beider Seiten den Wunsch nach einer Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443) und einigen der damit verbundenen *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. So sprachen sich beispielsweise auch Akteure aus dem Fehlverteilungskollektiv mit Ausnahme nahezu aller Vertreter der Krankenkassen für eine kleinräumigere Bedarfsplanung aus (vgl. 487). Auch den weit verbreiteten Wunsch nach einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützte Montgomery (vgl. 317). Auf der theoretischen Ebene teilte er allerdings keine Methoden oder Theorien des Fehlverteilungskollektivs. Aus dem Belief-System des Unterversorgungskollektivs vertrat er dagegen die *Attraktivitätsverlust-Theorie* in einer nahezu maximalen Ausprägung. Auch im Bereich der *allgemeinen Unterversorgungs-Theorie* vertrat er die Mehrheit der Beliefs und äußerte diese zugleich häufig. Von den Beliefs der *Ausgabensteigerungs-Theorie* konnte zwar nur der Belief „Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden“ nachgewiesen werden. Da es sich dabei aber um den wichtigsten Belief dieser Theorie handelte und Montgomery ihn sehr häufig äußerte, wurde dies dennoch als starke Ausprägung bewertet. Die für das Unterversorgungskollektiv so wichtige *Anreiz-Methodik* vertrat er in einer mittelstarken Ausprägung, da er manche Beliefs dieser Gruppe nicht äußerte. Überraschend war, dass er die *Mitversorgungs-Theorie* sowie die *Theorien der gleichwertigen Lebensverhältnisse*, der *demographischen Aufwands-Steigerung* und des *medizinischen Fortschritts* nur schwach oder sehr schwach vertrat. Im Fall der *Nachwuchsmangel-Theorie* war er sogar explizit der Meinung, dass nicht mehr Ärzte ausgebildet werden sollten (vgl. 431). Stattdessen plädierte er dafür, die Arbeitsbedingungen für die bestehenden und in Ausbildung befindlichen Ärzte so zu verbessern, dass eine Abwanderung in das Ausland oder andere Berufe verhindert werden könne (vgl. 636; 376 und 388). Im Unterschied zu Köhler konzentrierte er sich also eher auf die Stärkung der Attraktivität des Arztberufes im Allgemeinen, während er Fragestellungen speziell zur Bedarfssteuerung – etwa zu Auf- und Weiterverkauf von Arztsitzen oder der Niederlassung bei Überversorgung – anderen Kollektiv-Mitgliedern überlies. Auch war er nur ein mittelstarker Anhänger der

bedingten Unterversorgungs-Theorie. Zusammengefasst kann man sagen, dass Montgomery im zweiten Abschnitt nur einen sehr geringen *analytischen Zugang* zu den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs besaß. Da er die wichtigsten Theorien und Methoden in mindestens starken Ausprägungen vertrat, wurde insgesamt der *analytische Zugang* zum Unterversorgungskollektiv trotz einiger schwach vertretener Theorien als hoch bewertet.

Devil shift

Während für die ersten Jahre keine Angriffe auf Akteure beobachtet wurden, verstärkte sich der *devil shift* bei Montgomery mit dem GSG. So bezeichnete er das Gesetz als „*größten Frontalangriff seit der Ära Blank*“⁴⁵, sowie als „*Planwirtschaft und Staatsmedizin*“. Durch die Verschärfung der Bedarfssteuerung würden zudem die Berufschancen junger Ärzte „*rücksichtslos vernichtet*“ (vgl. 0436). Bei anderer Gelegenheit sprach er davon, dass die Bedarfsplanung völlig versagt habe (vgl. 0498), zudem unternehme die Politik zu wenig gegen die Zunahme der Arztzahlen, während die Ärzteschaft versuche, die jungen Kollegen zu integrieren (vgl. 0356). Er charakterisierte also die Politiker von CDU, CSU, FDP und SPD, welche gemeinsam das GSG beschlossen hatten, als „Schurken“ im Sinne von Shanahan, Jones und McBeth (2011, S. 554), die von der Niederlassung abgehaltenen Ärzte als „Opfer“ und die Vertreter der Ärzteschaft als „Helden“. Gemäß der in Abschnitt 4.3.4 definierten Einteilung, war damit der *devil shift* in der Mitte des ersten Abschnitts stark ausgeprägt. Es fiel aber auf, dass er in dessen letzten Jahren abflaute, da ab der Mitte der 1990er-Jahre keine entsprechenden Einlassungen mehr gefunden wurden.

Im zweiten Abschnitt unterstellte Montgomery den Vertretern der Krankenkassen bei einer Gelegenheit, mit der Finanzierung von Studien über die Möglichkeiten zum Abbau von Arztsitzen, das Geld ihrer Versicherten zu verschwenden (vgl. 1733). Er machte zudem Politik und Krankenkassen für die Entstehung von Unterversorgung verantwortlich (vgl. 0670). Diese würden durch die Verharmlosung der Unterversorgung als Verteilungsproblem ihrer Verantwortung nicht gerecht (vgl. 1090). Als Bundesfinanzminister Schäuble Kostenneutralität für die Maßnahmen des GKV-VStG einforderte, warnte Montgomery davor, dass dieser aufpassen müsse, nicht zum „*Allesblockierer*“ zu werden (vgl. 1740). Insgesamt aber schwächte

⁴⁵ Theodor Blank hatte als Bundesgesundheitsminister zu Beginn der 1960er-Jahre versucht, das Gesundheitswesen zu reformieren und war damit gescheitert (vgl. Bandelow 1998, S. 177–184).

Montgomery die Attacken gegen seine Gegner in der Schärfe ab, so dass der *devil shift* im zweiten Abschnitt als mittelstark bewertet wurde.

Soziale Kohäsion

Da Montgomery ebenso wie Hoppe Mitglied des Kollektivs für freien Zugang war und zudem in einem Großteil der ersten Phase ebenfalls den Marburger Bund repräsentierte, fielen herausfordernde und bestätigende *soziale Kohäsion* ähnlich aus. So sah auch er sich dem Übergewicht des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen gegenüber, welches zudem zahlreiche einflussreiche Akteure und die öffentliche Meinung auf seiner Seite wusste.

Abbildung 82: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Montgomery, erster Abschnitt

| Policy Core Belief | Montgomery | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|------------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 0 | 103 | 55 | 10 | 15 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 0 | 68 | 36 | 8 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 0 | 64 | 40 | 10 | 15 |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 0 | 63 | 37 | 5 | 14 |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 0 | 51 | 24 | 7 | 11 |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 8 | 48 | 27 | 4 | 9 |
| Es droht allgemein Überversorgung | 0 | 42 | 27 | 5 | 10 |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 6 | 41 | 23 | 5 | 9 |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 9 | 36 | 15 | 4 | 6 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 0 | 34 | 31 | 4 | 9 |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 0 | 34 | 22 | 3 | 7 |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 34 | 19 | 3 | 6 |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 0 | 28 | 19 | 6 | 8 |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 28 | 17 | 5 | 7 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 1 | 19 | 15 | 4 | 5 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure, ²

Insofern unterlag Montgomery einer *sozialen Kohäsion*, die bei den Policy Core Beliefs, zu denen keine Gegen-Beliefs existierten, durch die öffentliche Meinung auf ein mittelstark bis sehr stark herausforderndes Maß verstärkt wurde. Die Policy Core Beliefs für und gegen Zugangssperren und Bedarfssteuerung schwächten sich gegenseitig ab, wobei jene zugunsten von staatlichen Eingriffen durch die öffentliche Meinung und den Anreiz, an die Regierungskoalition anschlussfähig zu bleiben, wieder verstärkt wurden. Allerdings konnte sich

Montgomery auch in einem gewissem Ausmaß in seinen Policy Core Beliefs bestätigt fühlen, da einige Akteure des Kollektivs für freien Zugang ähnliche Belief-Systeme vertraten. Dazu gehörte neben Hoppe beispielsweise der damalige Vorsitzende des Hartmannbundes, Horst Bourmer (vgl. Akteursnummer 453). Als Vertreter des Marburger Bundes war er zudem für die Belange der stationär tätigen Ärzte und Medizinstudenten zuständig. Mit Rückbezug auf Jenkins-Smith, St. Clair und Woods (1991) muss man davon ausgehen, dass Montgomery einen Mitgliederschwund hätte befürchten müssen, wenn er sich Beliefs angeeignet hätte, die diesen Mediziner den Zugang zur ambulanten Versorgung verwehrt hätten. Durch beide Faktoren wurden daher auch seine bestehenden Policy Core Beliefs um eine Stufe verstärkt. Die herausfordernde *soziale Kohäsion* ließ nach 1993 immer mehr in ihrer Intensität nach: Wie bereits beschrieben, verlor das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen und damit auch die von ihm ausgehende *soziale Kohäsion* nach dem GSG immer weiter an Kraft. Insbesondere in den Jahren 1999-2000 warnten nur noch wenige Individuen vor drohender oder existierender Überversorgung oder forderten eine Verschärfung der Bedarfssteuerung.

Abbildung 83: Soziale Kohäsion bei Montgomery in Summe, erster Abschnitt

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|----------------------------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | Sehr stark herausfordernd |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark herausfordernd |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es gibt allgemein Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Mittelstark herausfordernd |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | Schwach bestätigend |
| Es droht allgemein Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach bestätigend |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Schwach bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Stark herausfordernd |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | Stark herausfordernd |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | Schwach herausfordernd |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Mittelstark herausfordernd |

Wie bereits bei Hoppe beschrieben, warb Kopetsch als Leiter der gemeinsamen Statistikabteilung von KBV und BÄK seit dem Jahreswechsel 2001/2002 für den Paradigmen-Wechsel hin zu einer drohenden Unterversorgung. Auch Montgomery äußerte mehrfach den Wunsch nach einer gesteigerten Attraktivität des Arztberufes sowie mehr Geld in der ambulanten Versorgung (vgl. z.B. 1094). Daher wird davon ausgegangen, dass er unmittelbar vor der Übernahme der Policy Core Beliefs zum Thema Unterversorgung einer zahlenmäßig schwachen, dafür aber inhaltlich und institutionell sehr stark herausfordernden *sozialen*

Kohäsion ausgesetzt war. Die *soziale Kohäsion* nach der grundlegenden Belief-Diffusion konnte analog zu den Fallbeispielen Köhler und Hoppe beschrieben werden: Die Policy Core Beliefs ohne Gegen-Belief übten eine sehr stark bestätigende oder herausfordernde *soziale Kohäsion* aus. Im Falle von „*Übersorgung sollte vermieden werden*“ und „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ ergab sie sich in Summe durch die öffentliche Meinung, im Fall des ersten Policy Core Beliefs noch zusätzlich verstärkt durch den Anreiz, anschlussfähig an den Gesetzgeber zu bleiben. Die gegensätzlichen Policy Core Belief-Paare, die sich mit der Existenz allgemeiner Unterversorgung beziehungsweise der Art, Unterversorgung abzubauen, beschäftigten, egalisierten sich größtenteils gegenseitig. Die von Montgomery vertretenen Beliefs wurden allerdings noch durch die öffentliche Meinung leicht bestärkt.

Abbildung 84: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Montgomery, zweiter Abschnitt

| Policy Core Belief | Montgomery | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|--|------------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 5 | 297 | 162 | 23 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Übersorgung | 0 | 245 | 105 | 20 | 15 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 1 | 207 | 135 | 21 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 6 | 197 | 85 | 14 | 14 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 6 | 191 | 101 | 25 | 15 |
| Übersorgung sollte vermieden werden | 0 | 159 | 72 | 18 | 12 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 0 | 144 | 72 | 16 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 8 | 124 | 48 | 10 | 7 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Übersorgung bekämpft werden | 0 | 78 | 44 | 8 | 4 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 76 | 46 | 5 | 3 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 7 | 67 | 32 | 14 | 7 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Abbildung 85: Soziale Kohäsion bei Montgomery in Summe, zweiter Abschnitt

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|--|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Übersorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Übersorgung sollte vermieden werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Mittelstark bestätigend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Übersorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach bestätigend |

Ereignisse und Informationen

Im ersten Abschnitt erfasste Montgomery als *Ereignis* nur das GSG. Da er damit aber vor allem sich verschlechternde Berufschancen für junge Ärzte und Mediziner im Krankenhaus verband, wirkte es eher bestätigend für seine Ablehnung von Zulassungssperren (vgl. z.B. 0436). Montgomery referenzierte auch nur wenige *Informationen*. Obwohl Quellen gefunden wurden, die belegen, dass er verschiedene Statistiken zur Arztzahl-Entwicklung vorstellte, konnten bei ihm keine Beliefs hinsichtlich Überversorgung oder Zuwächsen bei einzelnen Arztgruppen nachgewiesen werden (vgl. 1054 und 133). Dagegen problematisierte er im Jahr 1989 die allgemeine Zunahme der Arztzahlen (vgl. 523 und 524) und verwies auf die steigende Zahl der jungen Ärzte (vgl. 417). Zusätzlich referenzierte er drohende und existierende Arbeitslosigkeit unter Ärzten (vgl. 132; 135 und 137) von 1989 bis 1998. Montgomery verwies 1989 auch auf die Meinung der Ärzte und erklärte, dass diese Arbeitslosigkeit fürchteten (vgl. 642). Grundsätzlich konnten diese *Informationen* herausfordernd zugunsten der Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen wirken. Mit dem Secondary Aspect „*Es werden zu viele Ärzte ausgebildet*“ verfügte Montgomery aber über eine Erklärung für die steigende Arbeitslosigkeit und mit „*Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden*“, „*Ärzte, die keinen Arbeitsplatz finden, sollten in anderen Berufen des Gesundheitswesens arbeiten*“, „*Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden*“, „*Durch Dauerassistenten sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden*“ und „*es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden*“ auch über kurz- und langfristige Lösungen. Insofern mussten Statistiken und öffentliche Meinung der Ärzte nicht zu dem Schluss führen, dass es Überversorgung im ambulanten Sektor gebe oder drohe. Das galt umso mehr, als dass die Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen mit Altersgrenzen bei der Zulassung und geographischen Zulassungssperren verbunden waren und somit die Zahl der potentiellen Arbeitsplätze noch reduzierten. Stattdessen konnte Montgomery aus den Statistiken zur Arbeitslosigkeit unter Ärzten sich auch in seinem Kampf für einen freien Zugang zur ambulanten Versorgung bestätigt fühlen, da er annehmen musste, dass diese mit verschärften Zulassungssperren noch zunehme.

Im zweiten Abschnitt griff Montgomery zwei *Ereignisse* auf. Da die Studie zur Altersstruktur und der Zahl der Ärzte aus der gemeinsamen Statistikabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung stammte, wunderte es nicht, dass Montgomery relativ frühzeitig an ihren Erkenntnissen interessiert war. Es fiel auf, dass er bereits in der ersten Hälfte

des Jahres 2002 begann, Policy Core Beliefs zum Thema Unterversorgung zu äußern. Daraus wurde geschlossen, dass dieses *Ereignis* einen großen Einfluss bei deren Erwerb ausübte. Als Zweites griff er die eher ablehnende Bewertung des GKV-VStG durch das Bundesfinanzministerium auf (vgl. z.B. 1719). Da er – wie in der Variable *devil shift* dargelegt – daraufhin Finanzminister Schäuble kritisierte, führe dieses *Ereignis* nicht dazu, dass er seine Policy Core Beliefs veränderte. Im Bereich der *Informationen* verlor die Arbeitslosigkeit unter Ärzten in der zweiten Phase für Montgomery rasch an Bedeutung. Er äußerte sich 2002 dahingehend, dass sie keine Rolle mehr spiele (vgl. 0678). Dafür reagierte er auf die Meldungen über die Arztzahlen, welche trotz der Warnung über Unterversorgung (vgl. 359 - 369) anstiegen (vgl. 523). Dies bestätigte er zwar von 2009 bis 2011, wobei er an der Präsentation der entsprechenden Studien auch persönlich beteiligt war. Allerdings fand er im selben Zeitraum dafür eine Erklärung, welche wiederum aus anderen *Informationen* bestand. Unterversorgung drohte oder existierte, da zum einen die Arbeitszeit pro Arzt sinke beziehungsweise sinken werde (vgl. 626 und 627). Dies führte er auf veränderte Vorstellungen zur Work-Life-Balance im Allgemeinen sowie – als Folge der Feminisierung der Medizin – die geringere Lebensarbeitszeit von Frauen im Speziellen zurück (vgl. 629-630). Zum anderen stand diesem geringeren Angebot eine durch die Folgen des demographischen Wandels sowie des medizinischen Fortschritts der Medizin erhöhte Nachfrage gegenüber (vgl. 566; 571 und 574). Montgomery fasste dies so zusammen:

„Wir können heute beweisen, mehr Ärzte und ein gleichzeitig vorhandener Ärztemangel schließen sich nicht aus.“ (vgl. 1090)

Neben dem Auseinanderklaffen von ärztlicher Arbeitszeit und Bedarf, trug auch das Missverhältnis bei den Zugängen und Abgängen der verfügbaren Ärzte zu einer Verschärfung der Unterversorgung bei. In dieser zweiten Kategorie von *Informationen* äußerte sich Montgomery zwischen 2002 und 2010 einerseits besorgt über Verknappungen auf der Seite des medizinischen Nachwuchses. Diese würden durch hohe Abbrecherraten im Medizinstudium sowie Abwanderung in das Ausland und Wechsel in andere Berufe hervorgerufen (vgl. 424; 376 und 388). Andererseits schloss er im Jahr 2012 aus dem allgemeinen Altersdurchschnitt der Ärzte, dass in naher Zukunft eine größere Zahl von Mediziner*innen aus dem Berufsleben ausscheiden würde. Dieses würde sich verschärfend auf den Ärztemangel auswirken (vgl. 383). Zuletzt referenzierte Montgomery auch im zweiten

Abschnitt die öffentliche Meinung der Ärzte. So betonte er im Jahr 2009, dass sich Ärzte eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wünschten (vgl. 628) und im Jahr 2011, dass sie von einem Ärztemangel ausgingen (vgl. 638). Der Verweis auf die steigende Gesamtzahl der Ärzte gehörte zu den am häufigsten gebrauchten Beliefs des Fehlverteilungskollektivs. Dies galt insbesondere für Akteure mit Bezug zu den Krankenkassen und ihren Verbänden. Da Montgomery hier eine detaillierte Antwort präsentierte, konnte er die Herausforderung für seine Argumentation durch diese *Information* entschärfen und es ging nur eine schwach herausfordernde Wirkung von ihr aus. Dagegen konnte er sich durch die Meldungen über das Verhältnis von Zu- und Abgängen von Medizinerinnen sowie der öffentlichen Meinung der Ärzte in seinen Policy Core Beliefs bestätigt sehen. Insofern ging von den *Ereignissen und Informationen* im zweiten Abschnitt nach der anfänglichen Belief-Diffusion insgesamt eine bestärkende Wirkung für Montgomerys Policy Core Beliefs aus. Dies galt insbesondere, als dass er auch im zweiten Abschnitt sich nicht zur Existenz oder Nicht-Existenz von Überversorgung (vgl. z.B. 103-117) äußerte. Zudem führte er keinen Vergleich über die Arztzahlen in unterschiedlichen Staaten (vgl. 563) oder die Bedarfs-reduzierende Wirkung einer sinkenden Bevölkerungszahl (vgl. 245), welche für die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs wichtig waren.

Gesamtbild

Aus der Betrachtung von Montgomerys Belief-System im Zeitverlauf ergaben sich drei Fragen. Zunächst musste geklärt werden, warum er im ersten Abschnitt die Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen nicht übernahm. Die Auswertung der Variablen der Belief-Optimierung ergab, dass nur die *soziale Kohäsion* bei einem Teil der Policy Core Beliefs eine sehr stark herausfordernde Wirkung besaß, während die *selektive Wahrnehmung*, der *analytische Zugang* sowie der *devil shift* so ausgeprägt waren, dass eine Diffusion dieser Beliefs unattraktiv erscheinen musste. Bei den Beliefs, in denen Zugangs-Begrenzungen zur ambulanten Versorgung gefordert wurden, wirkten zudem noch die *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* sowie die von Montgomery vertretenen *Informationen* hemmend. Ab der Mitte der 1990er-Jahre nahm zwar der *devil shift* ab, allerdings im gleichen Maß auch die herausfordernde *soziale Kohäsion*. Insgesamt ergab sich aus den Variablen also keine Herausforderung, bei der eine Belief-Diffusion zu erwarten gewesen wäre. Vor allem aber führte der Vergleich mit Montgomerys Intentionen zu einem eindeutigen Schluss: Die in Abbildung 86 dargestellten Policy Core Beliefs waren zum großen Teil untrennbar mit der

Forderung nach einer Form von Bedarfssteuerung und mit zumindest milden Formen von Altersgrenzen und Sperren beim Zugang zur ambulanten Versorgung verbunden. Damit widersprachen sie Montgomerys Vorstellungen von einem freiheitlichen Gesundheitswesen sowie einer Bewahrung der Berufschancen für nicht-niedergelassene Ärzte diametral und konnten so keinerlei Anziehungskraft entwickeln.

Abbildung 86: Von Montgomery nicht erlernte Policy Core Beliefs, erster Abschnitt

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|--------------------------|---|------------------------|----------------------------|---|--------------------------------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | stark hemmend ¹ | sehr stark herausfordernd ² | irrelevant |
| Überversorgung sollte vermieden werden | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | stark hemmend ¹ | sehr stark herausfordernd ² | irrelevant |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | sehr stark hemmend | hemmend | sehr gering | stark hemmend ¹ | sehr stark herausfordernd ² | hemmend ³ |
| Es gibt allgemein Überversorgung | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | stark hemmend ¹ | sehr stark herausfordernd ² | irrelevant |

| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | Es gibt eine Ärztesschwemme in der Gegenwart | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Es droht allgemein Überversorgung | Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben |
|--|--|---|--|---|---|
| sehr stark hemmend | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend |
| hemmend | irrelevant | irrelevant | hemmend | irrelevant | hemmend |
| sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering |
| stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ |
| schwach herausfordernd ² | stark herausfordernd ² | stark herausfordernd ² | schwach herausfordernd ² | sehr stark herausfordernd ² | mittelstark herausfordernd ² |
| hemmend ³ | irrelevant | irrelevant | hemmend ³ | irrelevant | hemmend ³ |

| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben |
|---|---|
| sehr stark hemmend | sehr stark hemmend |
| irrelevant | hemmend |
| sehr gering | sehr gering |
| stark hemmend ¹ | stark hemmend ¹ |
| mittelstark herausfordernd ² | schwach herausfordernd ² |
| irrelevant | hemmend ³ |

¹Zwischen 1989 und 1994, danach schwach ausgeprägt. ² Nach 1995 abnehmend. ³Bis 1998 Lernhemmend, danach irrelevant.

Montgomery wurde dagegen im Erhalt seiner Policy Core Beliefs bis in die Mitte der 1990er-Jahre in allen Variablen mehr oder weniger intensiv bestärkt, während keine Variable herausfordernd wirkte. Dadurch gab es für ihn bis dahin keinen Anlass, einen bestehenden Belief zu löschen. Überdies gab es in dieser Zeit keine Policy Core Beliefs im Subsystem, die bessere Alternativen zur Verwirklichung eines freiberuflich orientierten Gesundheitswesens und zur Verteidigung der Zugangschancen zur ambulanten Versorgung gewesen wären.

Abbildung 87: Bis 1999 unveränderte und danach gelöschte Policy Core Beliefs⁴⁶

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr hoch - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant | schwach bestätigend - sehr schwach bestätigend | bestätigend - irrelevant |

⁴⁶ Abbildung 75 stellt das Nachlassen der bestätigenden Variablen von 1992 bis 2002 dar.

| | |
|---|--|
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben |
| sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant |
| sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant |
| sehr hoch - irrelevant | sehr hoch - irrelevant |
| sehr stark bestätigend - irrelevant | sehr stark bestätigend - irrelevant |
| schwach bestätigend - sehr schwach bestätigend | schwach bestätigend - sehr schwach bestätigend |
| bestätigend - irrelevant | bestätigend - irrelevant |

Warum gab Montgomery die in Abbildung 87 dargestellten Policy Core Beliefs aber nach 1999 stückweise auf und erlernte Policy Core Beliefs zum Thema Unterversorgung und zu einer Reform der Bedarfssteuerung zugunsten von Anreiz-orientierten Policy-Instrumenten? Einerseits fielen wie bei Hoppe ab der Mitte der 1990er-Jahre die wichtigsten politischen und materiellen Grundlagen dieser Beliefs weg: Die für das Jahr 1999 angekündigten allgemeinen Bedarfszulassungen wurden nicht eingeführt und nach 1998 referenzierte Montgomery keine Beliefs, in denen vor existierender oder drohender Arbeitslosigkeit unter Ärzten gewarnt wurde. Auch von den Variablen *devil shift* und *soziale Kohäsion* ging in den Jahren 1999-2001 keine bestätigende Wirkung aus. Andererseits boten die von Kopetsch vorgebrachten Daten und die damit verbundenen Policy Core Beliefs eine Chance zur besseren Verwirklichung des übergeordneten Beliefs „*Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden*“ und übergeordneter Beliefs wie „*Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden*“ oder „*Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden*“. Im direkten Vergleich verfügte Montgomery also zu diesem Zeitpunkt über einen höheren *analytischen Zugang* zu den neuen Policy Core Beliefs als zu den bestehenden. Wie sehr Montgomery an einer grundsätzlichen Verbesserung der finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Arztberufes lag, konnte auch aus Passagen in den Quellen entnommen werden, die nicht mit Bedarfssteuerung zu tun hatten (vgl. z.B. 0577 und 0586). Besonders kritisierte Montgomery um die Jahrtausendwende die Budgetierung, das heißt die fixe Deckelung der Gesundheitsausgaben (vgl. 0598). In dem er die Versorgung des ambulanten

Sektors mit Ärzten als gefährdet charakterisierte, konnte er für Anreize werben, die zur Sicherstellung der Versorgung in diesem Bild notwendig waren. *Erfahrung* mit den Beliefs des neuen Paradigmas gab es bei Montgomery nicht, insofern spielte diese Variable keine behindernde Rolle. Sie wäre aber auch insofern nicht wichtig gewesen, als dass die Policy Core Beliefs zwar von außen durch Kopetsch an Montgomery herangetragen wurden, allerdings von einem Akteur mit einem grundsätzlich ähnlichen Belief-System (vgl. Abschnitt 5.7.4). Daher kann der *devil shift* zwischen beiden Akteuren als minimal angenommen werden. Aus denselben Gründen wirkte zudem keine *selektive Wahrnehmung* als Filter und durch die Funktion Kopetschs als Leiter der gemeinsamen Statistikabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bestand zwischen beiden eine besonders starke Form der *sozialen Kohäsion*. Diese Konstellation gab schließlich den Ausschlag für die Diffusion der neuen Policy Core Beliefs und die Belief-Löschung der alten Policy Core Beliefs. Beide Prozesse erfolgten zwar im selben Zeitabschnitt. Da sie sich aber nicht, wie in Abschnitt 4.3.3 vorgegeben, auf denselben Inhalt bezogen, wurden sie nicht als Belief-Veränderung, sondern als separate Lernprozesse gewertet. Diese Wende von einem drohenden Überangebot hin zu der Annahme personeller Engpässe war in Hinblick auf Montgomerys Bild des Subsystems ein Fall sozialen Policy-Lernens, in Bezug auf die Beliefs selbst instrumentelles Policy-Lernen. Mit Blick auf seine Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs konnte man sie dagegen als politisches Policy-Lernen ansehen. Nach dem Paradigmen-Wechsel in den Jahren 2002 und 2003 erweiterte Montgomery zwischen 2009 und 2011 sein Belief-System noch einmal. So äußerte er 2009 zum ersten Mal „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“. Hier bestand wie bei den übrigen Beliefs der *bedingten Unterversorgungs-Theorie* zwar nur ein mittelhoher *analytischer Zugang*, dafür wirkten die *soziale Kohäsion* und die *Ereignisse und Informationen* umso stärker herausfordernd. 2010 folgte „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“. Herausgefordert wurde er dabei durch den sehr hohen *analytischen Zugang* zum Unterversorgungskollektiv sowie den mittelstarken *devil shift* gegenüber den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs. Zudem vermittelten die von ihm zitierten Statistiken ein Bild, welches eher von allgemein drohender Unterversorgung als von Fehlverteilungen geprägt war. Dagegen wirkte nur eine sehr schwache *selektive Wahrnehmung* Lern-hemmend. Im ersten Fall handelte es sich um soziales Policy-Lernen: Aus seiner Sicht verschlechterte sich der Zustand der ambulanten Versorgung, so dass Unterversorgung nicht nur drohte, sondern bereits lokal existierte. Im zweiten Fall war die Belief-Diffusion instrumentell geprägt, da sich der Policy Core

Belief auf die Ausgestaltung einzelner Maßnahmen des politischen Programms bezog. Er stellte einerseits die Antwort auf die Forderung der Vertreter des Fehlverteilungskollektivs nach einem Ausbau des Katalogs von Zwangsmaßnahmen dar. Andererseits war er eine weitere Inkorporierung der übergeordneten Beliefs „*Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden*“ und „*Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden*“. Für die Policy-Diffusion des Beliefs „*Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden*“ 2011 sorgte vor allem die sehr hohe *soziale Kohäsion*, die die Aneignung dieses Beliefs wünschenswert erscheinen ließ. Mit der Ankündigung einer Reform der Bedarfssteuerung im Koalitionsvertrag musste die Aussicht auf eine bevorstehende Tätigkeit des Gesetzgebers eine Anpassung des Beliefs-Systems an dieses Vorhaben besonders attraktiv erscheinen lassen, zumal das GKV-VStG die Chance auf eine bessere Verwirklichung der eben genannten übergeordneten Beliefs bot. Somit handelte es sich hier um einen Fall von politischem Lernen wie bei Hoppe. Der so bekundete Wille zu Reform der vorhandenen Bedarfssteuerung anstelle einer kompletten Abschaffung von Zulassungshindernissen zur ambulanten Versorgung zeigte zudem, dass sich Montgomery mit dem Konzept der Bedarfssteuerung abgefunden hatte.

Einmal erlernt, verteidigte Montgomery die Policy Core Beliefs aus ähnlichen Gründen wie in den Fällen Köhler und Hoppe. Sie werden daher an dieser Stelle nicht nochmals im Detail wiederholt, sondern nur kurz angerissen: Obwohl der *devil shift* nur mittelstark ausgeprägt war, verfügte Montgomery über eine stark *selektive Wahrnehmung* und *Erfahrung mit manchen Argumenten* des Fehlverteilungskollektivs. Auch der geringe *analytische Zugang* zum Fehlverteilungskollektiv und die insgesamt bestätigende *soziale Kohäsion* stabilisierte die Policy Core Beliefs. Zwar ging auch Montgomery von zunehmenden Arztzahlen aus. Wie oben dargestellt, konnte er diese *Information* aber detailliert erklären, während er sich durch *Informationen* wie beispielsweise den Abbrecherraten im Medizinstudium oder der Zahl der auswandernden Ärzte in seinen Policy Core Beliefs bestätigt fühlen konnte.

Abbildung 88: Ab 2002 erlernte Policy Core Beliefs

| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Es droht allgemein Unterversorgung | Unterversorgung sollte vermieden werden | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Belief |
|--|---|--|--|--|---------------------------------------|
| irrelevant – mittelstark bestätigend | irrelevant – mittelstark bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | selektive Wahrnehmung |
| irrelevant - stark bestätigend | stark bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten |
| hoch | hoch | mittelhoch | sehr hoch | mittelhoch | analytischer Zugang |
| mittelstark herausfordernd - mittelstark bestätigend | irrelevant - mittelstark bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | devil shift |
| schwach herausfordernd – schwach bestätigend | sehr stark herausfordernd - mittelstark bestätigend | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | soziale Kohäsion in Summe |
| herausfordernd - bestätigend | sehr stark herausfordernd - bestätigend | sehr stark herausfordernd - bestätigend | irrelevant | sehr stark herausfordernd - bestätigend | Ereignisse u. Informationen |

Bei den nicht erlernten Policy Core Beliefs zum Thema Überversorgung ließ einerseits die Konstellation der Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen, andererseits der Vergleich mit den Intentionen eine Diffusion unattraktiv erscheinen. Dies wurde bei Köhler bereits

beschrieben und wird in diesem analogen Fall nicht noch einmal im Detail ausgeführt. Es sei lediglich darauf hingewiesen, dass bei Montgomery noch *devil shift* in einem mittelstarken Ausmaß als hemmende Variable hinzukam. Interessanter war die Frage, warum er nicht den Policy Core Belief „*Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung*“ erlernte, obwohl die Ausgestaltung der Variablen einen starken Anreiz für grundlegende Policy-Diffusionen bot. Es wurde angenommen, dass die Warnung vor allgemein drohender Unterversorgung dies verhinderte. Die Warnung vor lediglich lokal drohender Unterversorgung zu übernehmen, hätte eine Abschwächung der Problematisierung des Ärztemangels bedeutet. Eine solche wäre kontraproduktiv für Montgomerys Versuch gewesen, die Attraktivität und Arbeitsbedingungen des Arztberufes zu steigern. Das Beispiel zeigte, wie wichtig eine detaillierte Analyse der Intentionen eines Akteurs ist, wenn man verstehen will, warum auch bei einer günstigen Variablen-Konstellation kein Zwang zu Lernprozessen bei Policy Core Beliefs besteht.

Abbildung 89: Von Montgomery nicht erlernte Policy Core Beliefs, zweiter Abschnitt

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|--------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Übersversorgung | mittelstark hemmend | irrelevant | gering | mittelstark hemmend | sehr stark herausfordernd | hemmend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | mittelhoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd | herausfordernd |
| Übersversorgung sollte vermieden werden | mittelstark hemmend | irrelevant | gering | mittelstark hemmend | sehr stark herausfordernd | hemmend |

| | | | | | | |
|---|------------------------|---------------|--------|------------------------|--------------------------------|---------|
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | mittelstark hemmend | stark hemmend | gering | mittelstark hemmend | sehr stark herausfordernd | hemmend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | mittelstark hemmend | stark hemmend | gering | mittelstark hemmend | sehr schwach herausfordernd | hemmend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | mittelstark hemmend | stark hemmend | gering | mittelstark hemmend | sehr schwach herausfordernd | hemmend |

5.7.4 Thomas Kopetsch

Thomas Kopetsch war von 2002 bis 2011 Mitglied des Subsystems Bedarfssteuerung. In dieser Zeit war er Leiter der Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der KBV und zugleich der gemeinsamen Statistikabteilung von KBV und BÄK.

Intentionen

Mit seinen Studien über drohenden Ärztemangel trug Kopetsch entscheidend dazu bei, das Augenmerk des Subsystems hin zu drohender und existierender Unterversorgung zu richten. Die drohenden Mängel ergaben sich aus seiner Sicht aus dem hohen und zunehmenden Altersdurchschnitt und den daraus folgenden Abgängen. Zudem sei durch eine hohe Zahl von Studien-Abbrüchen mit nicht ausreichendem Nachwuchs zu rechnen (vgl. 214; 215; 242; 383 und 424). Unterversorgung zu vermeiden und eine wohnortnahe Versorgung aufrecht zu erhalten, war dabei eines seiner Ziele (vgl. 361 und 480). Dazu sollten die finanziellen und organisatorischen Arbeitsbedingungen verändert und so die Attraktivität des Arztberufes gesteigert werden (vgl. 479; 517; 636 und 342). Um diese Ziele zu verwirklichen, trat er für eine Reform der Bedarfssteuerung ein, die unter anderem für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine Erleichterung des Wiedereinstiegs in die kurative ärztliche Tätigkeit

sorgen sollte (vgl. 443; 317 und 390). Kopetschs zweites Ziel war es, durch die Vermittlung von *Informationen* über den Zustand der ambulanten Versorgung den Reformwillen zu befördern. Er selbst formulierte als Anspruch „über Fakten darf nicht gestritten werden“ (vgl. 1326). Dazu stellte er neben neuen Auflagen seiner Studie über die Altersstruktur und die Arztlzahlentwicklung immer wieder Statistiken über den Zustand der Ärzteschaft vor (vgl. 170-309). Diese Daten indizierten aber auch eine zunehmende Gesamtzahl der Ärzte im ambulanten Sektor und Überversorgung an bestimmten Orten sowie bei bestimmten Arztgruppen (vgl. 523; 105; 170-309 und 547). Um dennoch die These von einem drohenden beziehungsweise existierenden Ärztemangel aufrecht erhalten zu können, verwies Kopetsch neben dem Durchschnittsalter der Ärzte auch auf einen gestiegenen Bedarf an Mediziner:innen. Dieser folgte für ihn erstens aus den Mehraufwänden, die der demographische Wandel sowie der medizinische Fortschritt nach sich zogen (vgl. 566 und 571). Zweitens folgte er aus der Tatsache, dass der Frauenanteil unter Ärzten konstant zunahm und diese – statistisch betrachtet – weniger Zeit mit Arbeit verbrachten, dass eine höhere Zahl von Ärzten nötig sei, um diese Abnahmen auszugleichen (vgl. 629 und 630). Drittens argumentierte er, dass auch durch die grundsätzlich sinkende Zahl an Wochenarbeitsstunden unter Ärzten ein höherer Ausgleichs-Bedarf an Mediziner:innen entstand (vgl. 626 und 627). Diese Argumente wurden von zahlreichen Mitgliedern des Unterversorgungskollektivs sowie vielen einflussreicher Akteuren geteilt, so dass Kopetsch einen großen Anteil an den Outcomes des GKV-VStG hatte.

Abbildung 90: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Kopetsch

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> ⁴⁷ | 103 | 2 | Policy Core Belief |
| Es droht keine allgemeine Unterversorgung | 370 | 2 | Secondary Aspect |
| Kosten-Theorie | | | |
| Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben | 631 | 3 | Secondary Aspect |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 12 | Policy Core Belief |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 2 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten | 359 | 6 | Secondary Aspect |
| Unterversorgung nimmt zu | 363 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 8 | Policy Core Belief |

⁴⁷ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| | | | |
|--|-----|---|--------------------|
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 6 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 6 | Secondary Aspect |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 2 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 5 | überg. Belief |
| An bestimmten Orten ist die Niederlassung zu unattraktiv | 562 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärzte werden zu stark belastet | 635 | 1 | überg. Belief |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 5 | überg. Belief |
| Ausgabensteigerungs-Theorie | | | |
| Es sollte mehr Geld für Hausärzte geben | 206 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 3 | überg. Belief |
| Mitversorgungs-Theorie | | | |
| Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen | 500 | 1 | Secondary Aspect |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 8 | Secondary Aspect |
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 394 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 9 | Secondary Aspect |
| Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium | 424 | 6 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 4 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen | 393 | 3 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 8 | überg. Belief |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 1 | Secondary Aspect |
| Theorie des medizinischen Fortschritts | | | |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 571 | 8 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 314 | 5 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| | | | |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 9 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 6 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 7 | Policy Core Belief |
| Es droht ein Mangel bei bestimmten Facharztgruppen | 374 | 2 | Secondary Aspect |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 1 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 3 | Secondary Aspect |
| Wiedereinstieg sollte erleichtert werden | 390 | 2 | Secondary Aspect |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 1 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| | | | |
|--|-------------|-------------|------------------|
| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
| Die Zahl der Fachärzte nimmt zu | 123 | 7 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt ab | 134 | 8 | Secondary Aspect |

| | | | |
|---|-----|----|------------------|
| Es droht keine allgemeine Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 136 | 6 | Secondary Aspect |
| Es droht allgemein Unterversorgung bei Augenärzten | 173 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Augenärzten | 175 | 6 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt abgenommen | 200 | 7 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 209 | 6 | Secondary Aspect |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 211 | 10 | Secondary Aspect |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Hausärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 214 | 10 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Medizinstudenten nahm in den letzten Jahren ab | 411 | 6 | Secondary Aspect |
| Es gibt mehr Bewerber als Studienplätze | 414 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der jungen Ärzte nahm in den letzten Jahren ab | 415 | 10 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 6 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 6 | Secondary Aspect |
| Die Verhältniszahlen sollten neu festgelegt werden | 509 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 15 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der offenen Planungsbereiche sinkt insgesamt | 557 | 8 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der ausländischen Ärzte nimmt allgemein zu | 528 | 11 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt | 626 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt wird sinken | 627 | 3 | Secondary Aspect |
| Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit als männliche | 629 | 4 | Secondary Aspect |
| Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu | 630 | 13 | Secondary Aspect |
| Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt | 647 | 7 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Ein Fall von grundlegender Belief-Diffusion konnte bei Kopetsch notiert werden: Ab dem 3. August 2004 äußerte er den Policy Core Belief „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“.

Selektive Wahrnehmung

Kopetschs Belief-System unterschied sich deutlich von dem der Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs. So ignorierte er fast alle Beliefs der *Fehlverteilungs-Theorie* und alle Beliefs der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*. Aus der *Kosten-Theorie* vertrat er bei wenigen Gelegenheiten einen einzelnen Belief, so dass diese als sehr schwach ausgeprägt bewertet wurde. Kopetsch erkannte er zwar an, dass es an bestimmten Stellen, insbesondere in urbanen Räumen, Überversorgung gebe (vgl. 105 und 117). Er vertrat aber nicht den Wunsch nach deren Abbau, so dass auch nur eine schwache Ausprägung der *Überversorgungs-Theorie* nachgewiesen werden konnte. Dagegen überraschte, dass er auch auf der Seite des Unterversorgungskollektivs die *Mitversorgungs-Theorie* und die *Anreiz-Methodik* nur sehr schwach und die *Ausgabensteigerungs-Theorie* sowie die *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* nur schwach vertrat. Aus dem Pool von gemeinsamen Beliefs griff er nur wenige *organisatorische Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung* auf. Damit ergab sich für Kopetsch ein insgesamt sehr hohes Maß an *selektiver Wahrnehmung* gegenüber den Beliefs

des Fehlverteilungskollektivs. Das Ausmaß der *selektiven Wahrnehmung* gegenüber dem Unterversorgungskollektiv wurde als insgesamt mittelstark bewertet, da er vier von neun Theorie und Methoden nur schwach oder sehr schwach vertrat. Insgesamt fiel bei Kopetsch auf, dass er nur relativ wenige Beliefs äußerte, in denen konkrete Ausgestaltungen des Subsystems gefordert oder abgelehnt wurden.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten und devil shift

Erstaunlicherweise griff Kopetsch keinen Belief des Fehlverteilungskollektivs nach der Definition der Variable auf. Es wurde vermutet, dass er sich eher aus der politischen Auseinandersetzung heraushielt und anderen Mitgliedern des Unterversorgungskollektivs, wie Köhler, Hoppe und Montgomery, die Daten lieferte, mit denen diese ihre Argumentation untermauern konnten. Da er auch die Debatte um die zukünftige Ausrichtung der Bedarfssteuerung weitgehend sachlich führte, wurde beschlossen, an dieser Stelle auch den *devil shift* zu behandeln. Bei dieser Variablen verzichtete er darauf, die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs als „Schurken“ zu porträtieren, und kritisierte lediglich die wissenschaftlichen Studien des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) als theoretischen Wunschtraum (vgl. 0776) und unrealistisch (vgl. 1326) und unterstellte ihnen waghalsige Schlüsse (vgl. 0790). Da diese Kritik aber lediglich gegen die Arbeit dieser Organisation gerichtet war und nur selten geäußert wurde, war der *devil shift* bei Kopetsch nur schwach ausgeprägt.

Analytischer Zugang

Kopetsch war Autor zahlreicher Statistiken über den Zustand des Subsystems, die auch von den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs aufgegriffen wurden (vgl. z.B. 1997). Zudem ging er auf die Daten von Institutionen wie dem Statistischen Bundesamt und dem WIdO ein (vgl. 1326). Damit verfügte er über Zugang zur gemeinsamen Datenbasis. Aus dem Pool der von beiden Kollektiven vertretenen Beliefs teilte er auf der theoretischen Ebene den Wunsch nach einer Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443). Zudem er vertrat die *bedingte Unterversorgungstheorie* in einer starken Ausprägung. Auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs konnten, wie bereits erwähnt, nur einzelne Beliefs nachgewiesen werden. Dazu gehörte beispielsweise die Annahme, dass es lokale Überversorgung gebe und dass Ärzte Multiplikatoren für Ausgaben seien (vgl. 631). Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs vertrat Kopetsch die *Attraktivitätsverlust-* und die *allgemeine Unterversorgungstheorie* in einer nahezu maximalen

und die *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung* in einer sehr starken Ausprägung. Für die *Theorie des medizinischen Fortschritts* konnte eine starke, für die *Nachwuchsmangel-Theorie* zumindest eine mittelstarke Ausprägung nachgewiesen werden. Auch bei den schwach vertretenen Theorien und Methoden äußerte Kopetsch einige wichtige Beliefs. Dazu gehörte beispielsweise die Forderung nach einer wohnortnahen ambulanten Versorgung (vgl. 480) oder der Wunsch, Unterversorgung eher mit Anreizen zu bekämpfen (vgl. 314). Komplementär zur Variablen *selektive Wahrnehmung* und ohne den Einfluss der *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten*, wurde der *analytische Zugang* Kopetschs zum Fehlverteilungskollektiv als sehr gering, der zum Unterversorgungskollektiv als insgesamt mittelhoch bewertet.

Soziale Kohäsion

Bei Kopetsch konnte, ähnlich wie bei den bisher untersuchten Beispiel-Akteuren eine Zweiteilung der *sozialen Kohäsion* beobachtet werden.

Abbildung 91: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Kopetsch

| Policy Core Belief | Kopetsch | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|----------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 6 | 268 | 151 | 23 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 12 | 209 | 98 | 20 | 15 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 7 | 184 | 129 | 20 | 15 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 9 | 179 | 98 | 25 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 6 | 178 | 80 | 13 | 13 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 0 | 135 | 63 | 18 | 12 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 2 | 129 | 68 | 16 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 8 | 106 | 42 | 9 | 5 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 72 | 45 | 5 | 3 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 70 | 39 | 7 | 3 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 5 | 62 | 30 | 14 | 6 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Jene Policy Core Beliefs, zu denen keine Gegen-Beliefs existierten, besaßen eine sehr starke *soziale Kohäsion*, in der Mehrheit bestätigend, in zwei Fällen dagegen herausfordernd. In diesen beiden Fällen wirkte die öffentliche Meinung noch verstärkend, im Fall von „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ bestand wie bei den bisher untersuchten Akteuren der Anreiz, an die Akteure der Regierungsmehrheit anschlussfähig zu bleiben, die Überversorgung zumindest grundsätzlich vermeiden wollten. Für „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“ wirkte die *soziale Kohäsion* zunächst herausfordernd, nach der grundlegenden Belief-Diffusion

dagegen bestätigend. Im Fall der herausfordernden Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ und „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ verfügte Kopetsch mit „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ und „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ über Gegen-Beliefs, die eine vergleichbar starke soziale Kohäsion besaßen. Dieser Gegensatz schwächte alle vier Beliefs ab, die öffentliche Meinung verstärkte aber die von ihm vertretenen Beliefs wieder um eine Stufe.

Abbildung 92: Soziale Kohäsion bei Kopetsch in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|--|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark herausfordernd ¹ |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Schwach bestätigend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach bestätigend |

¹Bis zur grundlegenden Belief-Diffusion, danach sehr stark bestätigend.

Ereignisse und Informationen

Für Kopetsch konnten keine Spuren eines *Ereignisses* nachgewiesen werden, welche einen bestärkenden oder herausfordernden Einfluss auf seine Beliefs bezüglich des Subsystems gehabt hätten. Dagegen äußerte er zahlreiche Secondary Aspects über die Kennzahlen für verschiedene Bereiche des Subsystems. Besonders im Bereich von Über- und Unterversorgung war er auch oft der Urheber dieser Daten. Sie lassen sich grob in mehrere Kategorien einteilen: Kopetsch beschäftigte sich erstens mit der Arbeitslosigkeit unter Ärzten. Kernaussage war, dass trotz gelegentlicher Zunahmen (vgl. 132 in den Jahren 2005-2006) die Situation zwischen 2002 und 2010 generell von einer sinkenden Arbeitslosigkeit und guten Berufschancen für junge Ärzte geprägt war (vgl. 133; 134 und 136). Dazu trugen aus seiner Sicht zwei weitere Phänomene bei: Zum einen der hohe und steigende Altersdurchschnitt, der auf Abnahmen der Arztlizenzen in der nahen Zukunft verwies (vgl. 383 und 647 für 2002-2010 und 385 für 2004-2005). Zum anderen die Nachwuchsprobleme in der ambulanten Versorgung, die er zwischen 2002 und 2010 konstatierte (vgl. 404; 415 und 416). Diese setzten sich wiederum zusammen aus der über die Jahre gesunkenen Zahl der Medizinstudenten beziehungsweise -absolventen

(vgl. 411 und 421) sowie in späteren Jahren den Phänomenen der Auswanderung von Ärzten sowie der nichtärztlichen Berufswahl (vgl. 376 für 2008-2010; 527 für 2005-2009 und 388 2004-2010). Als Hauptproblem hinter der gesunkenen Zahl der Absolventen des Medizinstudiums macht er die hohe Zahl von Studien-Abbrechern aus (vgl. 424 für 2002-2010). Er ergänzte dazu allerdings zwischen 2002 und 2010, dass es dennoch mehr Bewerber als Studienplätze für ein Medizinstudium gebe (vgl. 414). Zudem berichtete er 2010 sowohl von einer steigenden Zahl der Medizinstudenten als auch der Absolventen eines solchen Studiums (vgl. 410 und 418). Als vierten Aspekt beschäftigte sich Kopetsch von 2002 bis 2011 mit dem Zustand der ambulanten Versorgung. Die Beliefs dazu einzeln aufzuführen, würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen. Sie lassen sich aber wie folgt einteilen:

- Zunahmen bei einzelnen Arztgruppen, insgesamt sowie an bestimmten Orten (vgl. z.B. 179 - 300; 523; 525; 528; 534 - 545 und 561)
- Abnahmen bei einzelnen Arztgruppen und an bestimmten Orten (vgl. z.B. z.B. 170 - 262; 526 und 560)
- Überversorgung⁴⁸ bei einzelnen Arztgruppen und an bestimmten Orten (vgl. z.B. 105; 117; 175 - 309 und 547)
- Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen und an bestimmten Orten (vgl. z.B. 173 - 304; 359 - 369; 374; 378; 549 und 550)

Als fünften Aspekt beschäftigte sich Kopetsch insbesondere zwischen 2008 und 2010 mit *Informationen* über die ärztliche Tätigkeit an sich. Dabei hob er insbesondere die sinkenden Arbeitszeiten der Ärzteschaft im Allgemeinen und die statistisch niedrigeren Arbeitszeiten weiblicher Ärzte im Speziellen hervor (vgl. 626-629). Bereits seit 2003 hatte er festgehalten, dass der Anteil der Frauen in der Medizin zunahm (vgl. 630). Zuletzt stellte Kopetsch diese Daten vor den Hintergrund einer Bevölkerung, die einerseits an bestimmten Orten schrumpfte, andererseits aber auch mit zunehmender Morbidität zu kämpfen hatte (vgl. 564 und 574).

Aus dieser Vielzahl von Beliefs ließen sich zwei „Trends“ herauslesen. Einerseits referenzierte Kopetsch nicht nur *Informationen*, welche auf Unterversorgung in der ärztlichen Versorgung im ambulanten Sektor hindeuteten, sondern auch solche, die gegen allgemeine Mängel und auch

⁴⁸ Über- und Unterversorgung sind hier statistisch, d.h. nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu verstehen.

für die Existenz von lokaler Überversorgung sprachen. Letztere entkräftete er aber mit dem Verweis auf den demographischen Wandel, den medizinischen Fortschritt, die relative und absolute Zunahme von Frauen in der Medizin mit statistisch geringeren Arbeitszeiten sowie die generell sinkenden Arbeitszeiten (vgl. z.B. 1056). Zudem kommentierte er nicht den im internationalen Vergleich hohen Bestand an Ärzten. Andererseits vertrat Kopetsch im Verlauf des Untersuchungszeitraums mehr Beliefs, welche auf eine Verschärfung der Versorgungslage hindeuteten. Beispiele dafür sind die Problematisierung der Auswanderung von Ärzten ab 2008 oder die Existenz von Unterversorgung bei Augenärzten ab 2009 (vgl. 376 und 176). Kopetsch konnte also jene *Informationen*, welche seine bestehenden Policy Core Beliefs prinzipiell hätten gefährden können, erklären und gleichzeitig existierten Indikatoren, welche sie bestärkten.

Gesamtbild

Gegenüber den alternativen Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs besaß Kopetsch ein sehr hohes Maß an *selektiver Wahrnehmung*, sowohl im theoretischen als auch im methodischen Bereich. Er besaß auch nur einen sehr schwachen *analytischen Zugang* zu den höherrangigen Beliefs dieser Gruppierung aber andererseits ein schwach ausgeprägtes Maß an *devil shift*. Die *Informationen*, die er über den Zustand des Subsystems teilte, wirkten sich je nach Policy Core Belief unterschiedlich aus. Während sie im Fall von „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ stark herausfordernd wirkten, wurden sie für den Policy Core Belief „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ als eher hemmend bewertet. Diese Einschätzung beruhte auf Kopetschs Secondary Aspect „*Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen*“. Dieser Belief musste ihn gemeinsam mit den in der Variablen *Informationen* referenzierten Indikatoren darin bestärken, dass die ambulante Versorgung nicht von Fehlverteilungen, sondern eher von allgemein drohender oder existierender Unterversorgung geprägt war. Da die herausfordernden Policy Core Beliefs nicht zu seinen übergeordneten Beliefs „*Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden*“ und „*Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden*“ passten, genügte auch die teils sehr stark herausfordernde *soziale Kohäsion* nicht um einen Lernprozess auszulösen.

Abbildung 93: Von Kopetsch nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Überversorgung sollte vermieden werden | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | leicht hemmend | sehr stark herausfordernd | irrelevant |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | leicht hemmend | sehr stark herausfordernd | hemmend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | leicht hemmend | sehr schwach herausfordernd | irrelevant |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr gering | leicht hemmend | sehr schwach herausfordernd | stark herausfordernd |

Auch wenn Kopetsch Beliefs des Fehlverteilungs- und des Unterversorgungskollektivs sowie mit „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ einen Belief vertrat, den Akteure über die Grenzen der Kollektive hinweg teilten, war die Konstellation der Variablen insgesamt immer zugunsten von grundlegendem Policy-Beharren ausgeprägt. Die Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs profitierten zusätzlich von einer eher bestätigend ausgeprägten *selektiven Wahrnehmung* und zum Teil von bestätigenden *Informationen*. Der Policy Core Belief „Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung“ unterlag zwar einer leichten Herausforderung durch den *devil shift*. Auch hätte eine grundlegende Belief-Löschung zu einem

stärkeren Fokus auf Unterversorgung gepasst. Er wurde aber auch durch die Variablen *soziale Kohäsion* sowie *Ereignisse und Informationen* und Kopetschs Anspruch an eine Faktenorientierte Diskussion (vgl. 1326) bestärkt. Aus diesen Gründen wurde er nicht gelöscht. Der Policy Core Belief „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ war dagegen einer Herausforderung entzogen, da hier keine Alternativen im Subsystem existierten und er über beide Kollektive hinweg von zahlreichen Akteuren vertreten wurde.

Abbildung 94: Unveränderte Policy Core Beliefs in Kopetschs Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | mittelstark bestätigend | irrelevant | sehr gering | leicht herausfordernd | sehr stark bestätigend | stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | irrelevant | irrelevant | sehr hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | irrelevant |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | irrelevant |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|------------|------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| Es droht allgemein Unterversorgung | sehr stark bestätigend | irrelevant | mittelhoch | leicht bestätigend | schwach bestätigend | stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | sehr stark bestätigend | irrelevant | mittelhoch | leicht bestätigend | schwach bestätigend | irrelevant |

Zuletzt musste geklärt werden, warum Kopetsch den Policy Core Belief „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“ erwarb. Hier wurde den Variablen *soziale Kohäsion* und *Ereignisse und Informationen* die entscheidende Rolle für die grundlegende Belief-Diffusion zugeschrieben, wobei auch der *analytische Zugang* den Lernprozess wünschenswert erscheinen ließ. Die Problematisierung von lokal existierender Unterversorgung war der Policy Core Belief mit der insgesamt stärksten *sozialen Kohäsion* während Kopetschs Aktivität im Subsystem, so dass ein sehr starker Anreiz für ihn bestand, ihn zu übernehmen. Zudem ließen Secondary Aspects, wie das steigende Durchschnittsalter der Ärzte, die sinkende Zahl junger Ärzte oder die anhaltenden Nachwuchsprobleme Kopetsch zu dem Schluss kommen, dass sich der Zustand der ambulanten Versorgung verschlechterte. Aus dieser Perspektive handelte es sich um einen Fall von sozialem Policy-Lernen. Eine Verschärfung der Problematisierung von Unterversorgung konnte das Augenmerk der Subsystem-Mitglieder stärker auf dieses Thema und seine Dringlichkeit vergrößern. Dadurch wurde eine verbesserte Realisierung der übergeordneten Beliefs, wie etwa „*Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden*“ und „*Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein*“ ermöglicht. Die Belief-Diffusionen besaßen also auch Aspekte von politischem Lernen. Nach dem Lernprozess wirkten die Variablen bestärkend.

Abbildung 95: Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen im Fall des erlernten Policy Core Beliefs „Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung“

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|--|--|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark herausfordernd - sehr stark bestätigend | stark herausfordernd - stark bestätigend |

5.7.5 Johann-Magnus von Stackelberg

Johann-Magnus von Stackelberg wurde 1992 Mitglied des Subsystems. Er war zu diesem Zeitpunkt beim AOK-Bundesverband beschäftigt, dessen stellvertretender Vorstandsvorsitzender er zwischen 2005 und 2007 war. Nach der Gründung des GKV-Spitzenverbands im Rahmen des GKV-WSG (Bundesgesetzblatt Teil I 2007, S. 422) wurde von Stackelberg dessen stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Bei ihm konnten allerdings nach jeweils einem Statement in den Jahren 1992 und 1993 erst wieder ab dem Jahr 2005 Aussagen zum Thema Bedarfssteuerung nachgewiesen werden. Diese zwei Statements genügten einerseits nicht, um eine Belief-Analyse in Form eines separaten Abschnitts wie bei Montgomery oder Hoppe durchzuführen. Andererseits war die zeitliche Lücke zwischen den beiden ersten und den folgenden Statements so groß, dass kein logischer Zusammenhang zwischen ihnen vorausgesetzt werden konnte. Daher wurde beschlossen, von Stackelbergs Belief-System erst ab seiner erneuten Mitgliedschaft im Subsystem 2005 zu untersuchen.

Intentionen

Von Stackelbergs Belief-System beruhte auf zwei Grundlagen: Einerseits dem übergeordneten Belief „Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen“ und andererseits der Annahme, dass die ambulante Versorgung in Deutschland insgesamt gut sei (vgl. 521). Daher sei das Subsystem nicht von allgemeiner Unterversorgung betroffen, sondern leide unter Fehlverteilungen (vgl. 360 und 103). Neben lokaler Unterversorgung, insbesondere bei Hausärzten (vgl. 365; 367;

194-290), ging er also von allgemeiner oder lokaler Überversorgung aus, besonders bei Fachärzten und in urbanen Gebieten (vgl. 105; 117 und 121). Es gebe zudem mehr Überversorgung als Unterversorgung (vgl. 112). Überversorgung war aus seiner Sicht deswegen zu vermeiden, da sie unerwünschte Kosten für die Krankenkassen und damit letztlich für die Beitragszahler bedeuteten (vgl. 129). Dabei waren für ihn Unter- und Überversorgung miteinander kausal verbunden. Solange die Möglichkeit für Ärzte bestand, sich in sozial und ökonomisch bessergestellten Gebieten niederzulassen, konnte seiner Meinung nach die lokale Unterversorgung nicht reduziert werden (vgl. 113; 361; 365 und 120). Als Konsequenz plädierte er dafür, nicht nur auf Anreize zu setzen, sondern auch Unterversorgung durch den Abbau von Überversorgung zu bekämpfen (vgl. 338 und 346). Zu den dafür geeigneten Maßnahmen zählte von Stackelberg unter anderem eine befristete Zulassung von neuen Arztsitzen, Honorarabschläge in überversorgten Gebieten, den verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten sowie Selektivverträge nur mit einzelnen Ärzten (vgl. 146; 491; 150; 152; 583 und 459). Unterversorgung sollte einerseits durch eine im Allgemeinen verbesserte Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors vermieden werden (vgl. 464). Andererseits sollte Unterversorgung durch die Förderung der Allgemeinmedizin im Studium, eine gesteigerte ärztliche Kooperation und eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie bekämpft werden (vgl. 399; 423; 498 und 317). Um die Ärzte besser zu verteilen, schlug von Stackelberg zudem ein System vor, bei dem neben den Abschlägen in überversorgten Gebieten auch Zuschläge in unterversorgten Gebieten bezahlt werden sollten (vgl. 339). Um diese Maßnahmen umzusetzen, plädierte er für eine Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443). Die dabei erneuerte Bedarfssteuerung sollte allerdings nicht noch weitere Bedarfe erzeugen, daher lehnte er eine pauschal kleinräumigere Organisation ab (vgl. 488). Von Stackelberg war also ein Musterbeispiel für einen Vertreter des Fehlversorgungskollektivs und eines seiner Haupt-Mitglieder.

Abbildung 96: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall von Stackelberg

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> | 103 | 9 | Policy Core Belief |
| Es gibt mehr Überversorgung als Unterversorgung | 112 | 12 | Secondary Aspect |
| <i>Es gibt nicht allgemein Unterversorgung</i> | 360 | 5 | Policy Core Belief |
| Es droht keine allgemeine Unterversorgung | 370 | 4 | Secondary Aspect |
| Es droht kein allgemeiner Mangel an Fachärzten | 372 | 2 | Secondary Aspect |
| Kosten-Theorie | | | |
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 129 | 11 | Secondary Aspect |

| | | | |
|---|-----|----|--------------------|
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | 130 | 9 | überg. Belief |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 18 | Policy Core Belief |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 109 | 7 | Secondary Aspect |
| Es wird zu wenig gegen Überversorgung unternommen | 115 | 10 | Secondary Aspect |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 4 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viele Fachärzte | 121 | 3 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |
| <i>Überversorgung sollte vermieden werden</i> | 113 | 17 | Policy Core Belief |
| Die Fortführung von Arztsitzen sollten sich am Stand der Versorgung ausrichten | 143 | 3 | Secondary Aspect |
| Neue Arztsitze sollten nicht weiterverkaufbar sein | 146 | 4 | Secondary Aspect |
| Niederlassung sollte bei Überversorgung erschwert werden | 148 | 7 | Secondary Aspect |
| Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 150 | 5 | Secondary Aspect |
| Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten zwangsweise aufgekauft werden müssen | 152 | 4 | Policy Core Belief |
| Anreize zur Bekämpfung von Unterversorgung allein reichen nicht | 338 | 2 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden</i> | 346 | 10 | Policy Core Belief |
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 459 | 2 | überg. Belief |
| Zulassungen sollten nur befristet vergeben werden | 491 | 2 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen müssen | 583 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Anreiz-Methodik | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 2 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 10 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 10 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 3 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 3 | Secondary Aspect |
| Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich | 380 | 4 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 2 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 2 | überg. Belief |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Die rechnerischen Bedarfe für ambulante Ärzte sollten nicht vergrößert werden | 119 | 2 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 209 | 2 | Secondary Aspect |
| Es droht allgemein Unterversorgung bei Hausärzten | 210 | 3 | Secondary Aspect |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten | 211 | 4 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Hausärzten | 212 | 1 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 7 | Policy Core Belief |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 2 | überg. Belief |
| Bedarfsplanung sollte nicht kleinräumiger organisiert sein | 488 | 2 | Secondary Aspect |

| | | | |
|--|-----|---|------------------|
| Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut | 521 | 8 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Bevölkerung schrumpft an bestimmten Orten | 564 | 2 | Secondary Aspect |
| Durch Bevölkerungsschwund sinkt auch der absolute Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 579 | 2 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Nach den in Abschnitt 4.3.3 aufgestellten Kriterien konnte kein Fall von grundlegendem Policy-Lernen bei von Stackelberg nachgewiesen werden.

Selektive Wahrnehmung

Als Vertreter des Fehlversorgungs-Kollektivs teilte von Stackelberg alle seine maßgeblichen Theorien und Methoden. Dafür ignorierte er mit Ausnahme der *Anreiz-Methodik* alle Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs und auch diese vertrat er nur in einer minimalen Ausprägung. Allerdings lehnte er die *allgemeine Unterversorgungs-Theorie* sowie die *Anreiz-Methodik* eher ab, als sie zu ignorieren. Im Bereich der von beiden Kollektiven vertretenen Beliefs ignorierte er weitgehend die *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. Insgesamt zeigte von Stackelberg also ein sehr niedriges Maß an *selektiver Wahrnehmung* gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv. Dagegen war die selektive Wahrnehmung gegenüber dem Unterversorgungskollektiv stark ausgeprägt.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Von Stackelberg lehnte den Secondary Aspect „*Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten*“ ab und setzte ihm die Vorstellung von Fehlverteilungen entgegen, welche sich neben lokaler Unterversorgung eben auch in lokaler oder allgemeiner Überversorgung, insbesondere bei Fachärzten äußerten (vgl. 365; 103-117 und 121). Zudem gäbe es mehr Überversorgung als Unterversorgung (vgl. 112). In der Konsequenz lehnte er es ab, lediglich die Unterversorgung mit Anreizen zu bekämpfen, sondern schlug vor, Überversorgung mit Honorarabschlägen, Hemmnissen bei der Zulassung und dem Aufkauf von Arztsitzen in den betroffenen Gebieten abzubauen (vgl. 338; 150; 148; 143 und 152). Ähnliche Argumentationsmuster wurden auch bei anderen Beliefs gefunden, die vor allgemeiner Unterversorgung warnten. Mit dem Konzept von geographischen Fehlverteilungen und Überversorgung bei Fachärzten trat er auch dem Ruf nach mehr Arztsitzen und einer Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Medizin entgegen (vgl. 103; 121; 382 und 431). Sowohl von Mitgliedern des Fehlverteilungs- als auch des

Unterversorgungskollektivs wurde eine kleinräumigere Bedarfsplanung als Reformziel für das GKV-VStG ausgegeben. Diesen Belief lehnte von Stackelberg mit der Begründung ab, dass eher Überversorgung sowie ein Kostenanstieg für die Gesetzliche Krankenversicherung vermieden werden sollten (vgl. 488; 105; 113 und 115). Er war also *erfahren* im Umgang mit den Beliefs der *allgemeinen Unterversorgungs-Theorie* und der *Anreiz-Methodik*.

Abbildung 97: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall von Stackelberg

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|---|
| Anreize zur Bekämpfung von Unterversorgung allein reichen nicht | 2 | |
| | 1 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 1 | Es gibt allgemein Überversorgung |
| | 1 | Überversorgung sollte vermieden werden |
| | 1 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| | 1 | Die Fortführung von Arztsitzen sollten sich am Stand der Versorgung ausrichten |
| | 1 | Niederlassung sollte bei Überversorgung erschwert werden |
| | 1 | Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben |
| | 1 | Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten zwangsweise aufgekauft werden müssen |
| | | |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 5 | |
| | 4 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 4 | Es gibt mehr Überversorgung als Unterversorgung |
| | 3 | Es gibt allgemein Überversorgung |
| | 3 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung |
| | 1 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| | | |
| Mehr Arztsitze sind nicht allgemein erforderlich | 1 | |
| | 1 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 1 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung |
| | 1 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| Es sollten nicht mehr Ärzte ausgebildet werden | 1 | |
| | 1 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 1 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| | 1 | Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden |
| | | |
| Bedarfsplanung sollte nicht kleinräumiger organisiert sein | 2 | |
| | 2 | Es wird zu wenig gegen Überversorgung unternommen |
| | 1 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung |
| | 1 | Überversorgung sollte vermieden werden |
| | | |
| Es droht kein allgemeiner Mangel an Fachärzten | 2 | |
| | 1 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 1 | Es gibt allgemein Überversorgung |
| | 1 | Überversorgung sollte vermieden werden |
| | 1 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| | 1 | Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen |
| | | |
| Es droht keine allgemeine Unterversorgung | 4 | |
| | 4 | Es gibt mehr Überversorgung als Unterversorgung |
| | 3 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| | 2 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung |
| | 2 | Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut |
| | 1 | Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu |
| | 1 | Die Bevölkerung schrumpft an bestimmten Orten |
| | 1 | Durch Bevölkerungsschwund sinkt auch der absolute Bedarf an ambulanter Tätigkeit |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Von Stackelberg nutzte die Statistiken von Uhlemann und Lehmann zu Über- und Unterversorgung (vgl. z.B. 1388), welche unter anderem mit Zahlen der Bundesärztekammer, der KVen sowie der KBV arbeiteten (vgl. 1571). Dabei erkannte er auch drohende oder existierende Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen und allgemein an bestimmten Orten

an, die vermieden werden sollte. Somit vertrat er die *bedingte Unterversorgungs-Theorie* in einer starken Ausprägung. Von Stackelberg plädierte bei zwei Gelegenheiten für Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten, vertrat also eine minimale Version der *Anreiz-Methodik*. Allerdings wurden diese schmale Verbindung zum Unterversorgungskollektiv von starken Einschränkungen begleitet. So vertrat von Stackelberg die *Fehlverteilungs-Theorie* nahezu in Maximalausprägung und die *Kosten-* sowie die *Übersorgungs-Theorie* jeweils in sehr starken Ausprägungen. Bei ersterer betonte er insbesondere, dass es mehr Über- als Unterversorgung gebe (vgl. 112). Die Vergabe von Zuschlägen für die Tätigkeit an Orten mit Unterversorgung sollte von Honorarabschlägen in übersorgten Gebieten als Teil eines Systems zum Ausgleich der Arztzahlen komplettiert werden (vgl. 150). Auch sonst vertrat er eine nahezu maximale Version der *Übersorgungs-Reduktions-Methodik* mit Zulassungshemmnissen, einem verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen oder der Ausweitung von Selektivverträgen zur Bedarfssteuerung bei Übersorgung. Damit besaß von Stackelberg einen sehr geringen *analytischen Zugang* zum Unterversorgungskollektiv, während er über einen sehr hohen *analytischen Zugang* zu den Beliefs des Fehlverteilungskollektivs verfügte. Die deutlichsten Unterschiede ergaben sich dabei auf der theoretischen Ebene. Die schon beschriebene Wahrnehmung von teurer Übersorgung und die Priorisierung der Bezahlbarkeit des Gesundheitssystems erschwerten eine Anerkennung von allgemeiner Unterversorgung ebenso wie eine Ausweitung finanzieller Anreize beträchtlich. Die Analyse seines Belief-Systems zeigte aber auch beispielhaft, dass die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs dem Unterversorgungskollektiv hinsichtlich der Theorien, Methoden und verwendeten Daten näherstanden, als umgekehrt. Trotz aller Differenzen, was die Schlussfolgerungen anging, akzeptierten sie lokale Unterversorgung insgesamt oder bei einzelnen Arztgruppen, während insbesondere die ärztlichen Vertreter des Unterversorgungskollektivs die Existenz von Übersorgung eher bestritten.

Devil shift

Um Kostensteigerungen zu verhindern, charakterisierte von Stackelberg Meldungen über generelle Unterversorgung als „*Zahlentricksereien*“ (vgl. z.B. 1334). Er unterstellte zudem den Vertreter der Ärzteverbände kein wirkliches Interesse an einer Lösung des Problems lokaler Unterversorgung, sie zeigten lediglich Einsatz für ihre finanziellen Partikularinteressen (vgl. 1330). Auch die Politik im Allgemeinen habe sich mehr um die Versorgung der Ärzte als der

Patientinnen und Patienten bemüht (vgl. 1529) und das GKV-VStG sei eine Gelddruckmaschine für Ärzte (vgl. 1694). Fast alle dieser Aussagen wurden mit dem übergeordneten Belief „*Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen*“ kombiniert. Dabei beklagte von Stackelberg, dass die Kostensteigerungen von den Versicherten getragen werden müssten (vgl. z.B. 1694). Wenn auch die Anzahl der Statements mit solchen Inhalten in Relation zu ihrer Gesamtmenge gering war, konnte man darin die Zuweisung der Schurken-Rolle an die Vertreter der Ärzteschaft und in geringerem Ausmaß an „die Politik“ erkennen. Die Opfer-Rolle kam den Versicherten zu, welche für die Partikularinteressen zahlen mussten, die des Helden den Vertretern der Krankenkassen, die gegen den Kostenanstieg kämpften. Da einerseits mehr als drei Aussagen gefunden wurden, in denen politische Gegner kritisiert wurden und andererseits diese mit dem Schurken-Opfer-Helden-Trialismus charakterisiert wurden, war der *devil shift* gemäß den Vorgaben aus Abschnitt 4.3.4 bei von Stackelberg stark ausgebildet.

Soziale Kohäsion

So wie die *soziale Kohäsion* bei den umstrittenen Policy Core Beliefs für Köhler durch den Fokus in der öffentlichen Meinung auf die Vermeidung von Unterversorgung trotz der Gegen-Beliefs stärker bestätigend wirkte, so war sie umgekehrt für von Stackelberg stärker herausfordernd ausgeprägt. Letzterer stand zudem unter dem Druck, anschlussfähig an den Kurs der Regierung zu bleiben, da diese bereits in ihrem Koalitionsvertrag erkennen ließ, bei einer Reform der Bedarfssteuerung eher Unterversorgung bekämpfen und finanzielle Anreize setzen zu wollen (CDU et al. 2009, S. 88–89). Dabei unterlag er allerdings dem gleichen Effekt wie Hoppe und Montgomery im ersten Abschnitt ihrer Tätigkeit: Auch er musste den Erwartungen der Akteure mit Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, welche vom AOK-Bundesverband beziehungsweise dem GKV-Spitzenverband vertreten wurden, gerecht werden. Akteure, wie beispielsweise Ingo Kailuweit, damals Vorstandsvorsitzender der Krankenkasse KKH-Allianz, teilten in unterschiedlichen Graden das Belief-System von Stackelbergs und beklagten Fehlverteilungen oder warnten vor einem übermäßigen Anstieg der Kosten der GKV (vgl. 103 und 128). Zudem vertrat keiner dieser Akteure die Ansicht, dass allgemeine Unterversorgung drohe oder existiere (vgl. 359 und 369). Aus der von Jenkins-Smith, St. Clair und Woods (1991) beschriebenen Notwendigkeit, die Unterstützung der Verbandsmitglieder zu erhalten, erwuchs für von Stackelberg in Summe ein zumindest ebenfalls schwaches Maß an bestätigender *sozialer Kohäsion* für die Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung*“.

bekämpft werden“ und „Es gibt nicht allgemein Unterversorgung“. Da er dagegen alle Policy Core Beliefs ohne Gegen-Belief vertrat, wirkte die *soziale Kohäsion* hier ausschließlich bestärkend, noch erhöht durch die öffentliche Meinung und den Druck, anschlussfähig an die Akteure der Regierungsmehrheit zu bleiben.

Abbildung 98: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall von Stackelberg

| Policy Core Belief | Von Stackelberg | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|-----------------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 10 | 272 | 153 | 23 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 18 | 206 | 97 | 20 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 7 | 190 | 83 | 14 | 13 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 10 | 146 | 85 | 24 | 13 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 3 | 139 | 101 | 16 | 14 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 17 | 130 | 66 | 18 | 11 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 9 | 127 | 68 | 16 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 0 | 100 | 42 | 9 | 4 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 0 | 66 | 31 | 13 | 6 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 10 | 64 | 42 | 8 | 4 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 5 | 59 | 40 | 4 | 3 |

Abbildung 99: Soziale Kohäsion bei von Stackelberg in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|---------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark bestätigend |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Schwach bestätigend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Schwach bestätigend |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Ereignisse und Informationen

Um zu belegen, dass es Fehlverteilungen und mehr Überversorgung als Unterversorgung gebe, verließ sich auch von Stackelberg in größerem Umfang auf Statistiken. Insbesondere zwischen 2010 und 2011 zitierte er auf der einen Seite Daten, wonach es lokale Unterversorgung bei Gynäkologen, Kinder- und Hausärzten gebe (vgl. 1388 bzw. 194-240). Auch später beschäftigte

er sich mit einzelnen Arztgruppen und konstatierte beispielsweise 2012 Fehlverteilungen bei Psychotherapeuten (vgl. 2099 bzw. 290-298). Umgekehrt verwies er ab 2010 darauf, dass in überversorgten Gebieten 20.000 Ärzte zu viel, in unterversorgten dagegen nur 800 zu wenig beschäftigt seien (vgl. z.B. 1181 bzw. 105; 112 und 365). In späteren Aussagen erhöhte er die Diskrepanz sogar noch auf 25.000 zu 800 (vgl. 1636). Zusätzlich verwies er auf die steigende Gesamtzahl der Ärzte, diese *Informationen* verfolgte er zwischen 2010 und 2011 (vgl. 523). Neben Statistiken über Arztzahlen verwies er zwischen 2010 und 2011 auch auf die Schrumpfung der Bevölkerung und folgte daraus, dass dadurch auch der Bedarf an ambulanten Tätigkeiten reduziert werde (vgl. 564 und 579). Die ambulante Versorgung in Deutschland betrachtete er insgesamt und im psychotherapeutischen Bereich als gut (vgl. 521 und 522). Von Stackelberg kombinierte Statistiken zu lokaler Unterversorgung in aller Regel mit Daten zu Überversorgung, steigenden Arztzahlen und sinkenden Bedarfen durch die Schrumpfung der Bevölkerung. Damit konnte er das Phänomen lokaler Unterversorgung erklären, so dass seine Policy Core Beliefs eher bestätigt wurden. Zudem folgte aus den von ihm aufgegriffenen Daten für ihn kein Anreiz, Unterversorgung in größerem Umfang anzuerkennen, sondern im Gegenteil die Annahme, dass Fehlversorgung vorherrsche.

Gesamtbild

Angesichts der Ausprägung der *selektiven Wahrnehmung*, des *analytischen Zugangs* und der *Ereignisse und Informationen* sowie der *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* und einem hohen Ausmaß an *devil shift*, wunderte es nicht, dass von Stackelberg keinen Policy Core des Unterversorgungskollektivs ergänzte. Zwar vertrat er einige Beliefs, die auch von dessen Mitgliedern geteilt wurden. Er divergierte allerdings von jenen erheblich in Hinblick auf den grundsätzlichen Zustand des Subsystems und die zu treffenden Maßnahmen. Die herausfordernde *soziale Kohäsion* und darin die Haltung der einflussreichen Akteure war der einzige Aspekt, der für alternative Policy Core Beliefs gesprochen hätte. Aber auch hier existierte nur eine schwach herausfordernde *soziale Kohäsion*. Instrumentelles Policy-Lernen oder politisches Lernen in Form eines Kompromisses mit dem Unterversorgungskollektiv wäre für von Stackelberg zudem nicht attraktiv gewesen. Durch die enge Verbindung von Unterversorgung und finanziellen Anreizen hätte er bei einem solchen Vorgehen seinen übergeordneten Belief „*Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen*“ gefährdet.

Abbildung 100: Nicht erlernte Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs im Fall von Stackelberg

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es droht allgemein Unterversorgung | stark hemmend | stark hemmend | sehr gering | stark hemmend | schwach herausfordernd | hemmend |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | stark hemmend | stark hemmend | sehr gering | stark hemmend | schwach herausfordernd | hemmend |

Da von Stackelberg, wie viele Akteure des Fehlverteilungskollektivs, Policy Core Beliefs vertrat, die auch die Mitglieder des Unterversorgungskollektivs äußerten, stellte sich die Frage, wie die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen zu bewerten waren. Die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs gingen davon aus, dass es lokale Unterversorgung gab, dies war aber nicht der Kern der eigenen Überzeugungen. Daher wurden die bestätigenden Variablen für die Policy Core Beliefs, welche von Stackelberg mit den Vertretern des Unterversorgungskollektivs teilte, schwächer bewertet als für die Policy Core Beliefs, welche seine politischen Gegner nicht vertraten. Der *devil shift* wurde als irrelevant bewertet, das heißt, er wirkte weder herausfordernd, noch bestätigend. Dennoch waren die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen in allen Fällen so ausgeprägt, dass sie die bestehenden Policy Core Beliefs bestärkten. Insbesondere bei den Policy Core Beliefs zum Thema Überversorgung gab es keinen Anhaltspunkt, aus dem man eine grundlegende Belief-Löschung oder -Veränderung hätte erwarten können. Auch war nicht zu erkennen, welcher konkurrierende Policy Core Belief im Subsystem geeignet gewesen wäre, die Realisierung seiner Beliefs der supra-Subsystem-Ebene zu optimieren. Daneben zeigte sich aber auch, dass die Policy Core Beliefs der von ihm vertretenen *bedingten Unterversorgungs-Theorie* eine starke Position besaßen. Von

Stackelberg beschrieb den ambulanten Sektor als von Fehlverteilungen gekennzeichnet, was auch Fälle von lokaler Unterversorgung einschloss. Auch zitierte er Statistiken, die vor Lücken bei Hausärzten warnten. Insofern wirkte die Variable *Ereignisse und Informationen* bestärkend auf diese bestehenden Policy Core Beliefs. Zudem wurden sie im Rahmen der Variablen *analytischer Zugang* und *soziale Kohäsion* bestärkt, denn sie wurden von Mitgliedern beider Kollektive und insbesondere den einflussreichen Akteuren vertreten. Für den Policy Core Belief „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ war die *soziale Kohäsion* ebenfalls sehr stark bestätigend ausgeprägt. Darüber hinaus wirkte keine Variable herausfordernd auf diesen Policy Core Belief. Mit einer Reform der Bedarfssteuerung konnte von Stackelberg auf Maßnahmen des Gesetzgebers zur Beseitigung von Überversorgung hinarbeiten. Dass diese im GKV-VStG aus seiner Sicht nicht ausreichend berücksichtigt wurden, war für ihn kein Anlass, diesen Policy Core Belief aufzugeben. Stattdessen forderte er nach Verabschiedung des Gesetzes weitere Reformen, in denen dieses Defizit beseitigt werden sollte (vgl. 1992). Von Stackelberg sah also auch weiterhin in der Forderung nach einer Reform der Bedarfssteuerung ein geeignetes Mittel, um seine übergeordneten Beliefs umzusetzen.

Abbildung 101: Unveränderte Policy Core Beliefs in von Stackelbergs Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | stark bestätigend | stark bestätigend | sehr hoch | stark bestätigend | sehr stark bestätigend | bestätigend |

| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Überversorgung sollte vermieden werden | Unterversorgung sollte vermieden werden | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden |
|---|--|---|-------------------------------------|--|--|
| stark bestätigend | stark bestätigend | irrelevant | stark bestätigend | irrelevant | irrelevant |
| stark bestätigend | stark bestätigend | irrelevant | stark bestätigend | irrelevant | irrelevant |
| sehr hoch | sehr hoch | hoch | sehr hoch | hoch | sehr hoch |
| stark bestätigend | stark bestätigend | irrelevant | stark bestätigend | irrelevant | irrelevant |
| schwach bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend |
| bestätigend | bestätigend | bestätigend | bestätigend | bestätigend | irrelevant |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-----------|-------------------|---------------------|-------------|
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | stark bestätigend | stark bestätigend | sehr hoch | stark bestätigend | schwach bestätigend | bestätigend |
|--|-------------------|-------------------|-----------|-------------------|---------------------|-------------|

5.7.6 Daniel Bahr

Daniel Bahr war von 2002 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums Mitglied des Deutschen Bundestages in der Fraktion der FDP und ab 2005 deren gesundheitspolitischer Sprecher sowie ein Mitglied des Ausschusses für Gesundheit im Bundestag. Als Nachfolger von Rösler war er von Mai 2011 bis zum Ende des Untersuchungszeitraums Bundesminister für Gesundheit und damit einer der einflussreichen Akteure. Im Subsystem war er ab dem 7. Mai 2003 engagiert.

Intentionen

Die Analyse von Bahrs Belief-System zeigte, dass es er dem Unterversorgungskollektiv in Theorie, Methodik und Empirie der Bedarfssteuerung näherstand als dem Fehlverteilungskollektiv. So trat er für das Leitbild der Freiberuflichkeit, eine grundsätzlich wohnortnahe ambulante Versorgung sowie für zusätzliche Finanzmittel für den ambulanten Sektor ein (vgl. 470; 480 und 479). Dieser sei zudem für die Mediziner nicht attraktiv genug und mit zu viel Bürokratie belastet (vgl. 342 und 517). Bahr vertrat in größerem Ausmaß Policy Core Beliefs, in denen er vor drohender oder existierender Unterversorgung warnte (vgl. 365-374), als solche mit Bezug zu Überversorgung (vgl. 105 und 113). Er argumentierte sogar, dass Unterversorgung höhere Kosten für die GKV verursache (vgl. 362). Zudem erhoffte er sich durch eine Überwindung der Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor eine Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zu verbessern (vgl. 464). Anders als viele Mitglieder des Unterversorgungskollektivs betonte er allerdings auch die Existenz von Überversorgung, insbesondere in urbanen Räumen, und sprach sich für deren Abbau aus (vgl. 105-117). Nach den verwendeten Kriterien für Lernprozesse ging Bahr aber nicht so weit, geographische Fehlverteilungen als ein grundsätzliches Charakteristikum des Subsystems zu beschreiben. Um Unter- und Überversorgung zu bekämpfen, setzte er auf eine Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443). Diese sollten allerdings nicht auf Zwangsmaßnahmen, sondern auf Anreize setzen (vgl. 473 und 314). Im Falle von Unterversorgung setzte Bahr beispielsweise auf eine Aufhebung

von Honorar-Abstaffelungen in betroffenen Gegenden (vgl. 322). Im Falle von Überversorgung sollten die KVen die Möglichkeit erhalten, Arztsitze auf freiwilliger Basis aufkaufen zu können (vgl. 582). Die Umsetzung der Reformpläne im GKV-VStG atmete dann auch in großen Teilen den Geist seines Belief-Systems (vgl. Abschnitt 5.5.1).

Abbildung 102: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Bahr

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten⁴⁹</i> | 103 | 1 | Policy Core Belief |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 8 | Policy Core Belief |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 2 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |
| <i>Überversorgung sollte vermieden werden</i> | 113 | 4 | Policy Core Belief |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können | 582 | 6 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 6 | Policy Core Belief |
| Es droht allgemein ein Mangel an Fachärzten | 371 | 1 | Secondary Aspect |
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 7 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 2 | Secondary Aspect |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 5 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 7 | überg. Belief |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 3 | überg. Belief |
| Ausgabensteigerungs-Theorie | | | |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 479 | 2 | überg. Belief |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 3 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden | 430 | 1 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 7 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen | 393 | 1 | Secondary Aspect |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 1 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 3 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in Überversorgten Gebieten geben | 151 | 7 | Secondary Aspect |
| Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben | 313 | 1 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 11 | Policy Core Belief |

⁴⁹ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| | | | |
|--|-----|---|------------------|
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden | 322 | 9 | Secondary Aspect |
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 6 | Secondary Aspect |
| Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden | 350 | 2 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 6 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 7 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 7 | Policy Core Belief |
| Es droht ein Mangel bei bestimmten Facharztgruppen | 374 | 1 | Secondary Aspect |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 1 | Secondary Aspect |
| Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich | 380 | 2 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 4 | Secondary Aspect |
| Elternzeitregelungen sollten verbessert werden | 321 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden | 325 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 2 | Secondary Aspect |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 2 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Psychotherapeuten | 296 | 2 | Secondary Aspect |
| Wirtschaftliche Risiken verhindern Niederlassungen | 345 | 6 | Secondary Aspect |
| Unterversorgung verursacht unerwünschte Kosten | 362 | 5 | Secondary Aspect |
| Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein | 483 | 8 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 4 | Secondary Aspect |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 2 | überg. Belief |
| Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist gut | 522 | 2 | Secondary Aspect |
| Vertreter der Länder sollten an der Bedarfsplanung teilnehmen | 616 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt | 626 | 2 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitszeit pro Arzt wird sinken | 627 | 2 | Secondary Aspect |
| Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu | 630 | 3 | Secondary Aspect |
| Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt | 647 | 1 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Im Fall Bahr konnten den Quellen keine Fälle von grundlegender Belief-Diffusion beziehungsweise Belief-Veränderung oder Belief-Löschung entnommen werden.

Selektive Wahrnehmung

Durch seine Rolle als Bundesgesundheitsminister war Bahr in besonderem Maße sowohl mit den Beliefs des Unterversorgungs- als auch des Fehlverteilungskollektivs konfrontiert. Wie in den Intentionen beschrieben, bestand sein Belief-System aus einer Mischung von Beliefs beider Lager. Insgesamt aber war er auf der theoretischen Ebene kein Anhänger der *Fehlverteilungstheorie*, da er den namensgebenden Policy Core Belief nach den Kriterien aus Abschnitt 4.3.3 sowie die übrigen Beliefs dieser Theorie nicht vertrat. Zu den ignorierten Beliefs gehörten auch die in der *Kosten-Theorie* formulierte Forderung nach einer Eindämmung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auffassung, dass Überversorgung unnötige Kosten erzeuge. Für die *Überversorgungstheorie* konnte nur eine sehr schwache Ausprägung nachgewiesen werden, während Bahr die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* eher ablehnte, als sie zu ignorieren. Bei der Analyse seines Belief-Systems fiel auf, dass er aber auch manche Theorien des Unterversorgungskollektivs nicht vertrat. So äußerte er sich weder zu der *Theorie des medizinischen Fortschritts*, noch zur *Mitversorgungstheorie*. Für die *Nachwuchsmangel-* und die *Ausgabensteigerungstheorie* fanden sich nur Belege für eine sehr schwache beziehungsweise eine schwache Ausprägung. Zwar vertrat er die *allgemeine Unterversorgungstheorie*, allerdings in einer schwachen Variante ohne die fundamentalen Secondary Aspects „Unterversorgung nimmt zu“ und „Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten“. Ebenfalls schwach vertrat er die *Theorien der gleichwertigen Lebensverhältnisse* und der *demographischen Aufwandssteigerung*. Zusammengefasst besaß Bahr ein starkes Maß an *selektiver Wahrnehmung* gegenüber den Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs. Dagegen zeigte er gegenüber den Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs ein mittelstarkes Maß an *selektiver Wahrnehmung* und ignorierte deutlich weniger Beliefs.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Im Vergleich mit Köhler oder von Stackelberg widersprach Bahr weniger Beliefs. Es wurde angenommen, dass dies eine Folge seiner Rolle als einflussreicher Akteur und Bundesgesundheitsminister war, welche ihn weitgehend vom Zwang zur Rechtfertigung oder zur Erklärung von herausfordernden Phänomenen gegenüber den einflussreichen Akteuren befreite. Bahr wies insbesondere keine Beliefs zurück, welche ausschließlich von Mitgliedern des Unterversorgungskollektivs vertreten wurden. Daher wirkte die Variable nicht hemmend

auf die Herausforderung durch die Beliefs dieses Kollektivs. Auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs lehnte er einerseits die Nutzung von Zwangsinstrumenten zur Bedarfssteuerung im Allgemeinen (vgl. 473) ab. Gegen ein solches Konzept führte er an, dass die ambulante Versorgung bereits unter zu viel Bürokratie leide und ihre Situation eher von allgemein drohender Unterversorgung geprägt sei (vgl. 517 und 369). Daher solle die Attraktivität des Arztberufes gesteigert und Unterversorgung eher durch Anreize bekämpft werden (vgl. 342 und 314). Zu den Alternativen von Zwangsinstrumenten zählte Bahr Fördergelder zur Niederlassung, Zuschläge zur ambulanten Tätigkeit in den betroffenen Regionen sowie eine allgemeine Aufhebung der Altersgrenze für Kassenärzte (vgl. 313; 315; 339 und 350). Auch im Falle von Überversorgung sollten keine Zwangsmaßnahmen, sondern Anreize zum Aufkauf von Arztsitzen zum Tragen kommen (vgl. 582). Im Speziellen lehnte Bahr Honorarabschläge in überversorgten Gebieten ab (vgl. 151). Diese hielt er für nutzlos, um Ärzte dazu zu bewegen, nicht in über- sondern in unterversorgten Gebieten tätig zu werden (vgl. 1945). Bahr argumentierte auch, dass durch den demographischen Wandel mehr Bedarf an ambulanter Tätigkeit entstünde, als in den bisherigen Verhältniszahlen berücksichtigt (vgl. 566 und 393). Auch in diesem Fall trat er als Alternative für den freiwilligen Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten ein (vgl. 582). Von der Variable *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* ging also gegen die *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* insgesamt eine Stärkung für Bahrs Belief-System aus, wenn er auch einzelne Beliefs daraus vertrat.

Abbildung 103: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Bahr

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|--|
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 5 | |
| | 3 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| | 2 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | 1 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 1 | Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| | 1 | Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben |
| | 1 | Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden |

| | | |
|---|---|---|
| | 1 | Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden |
| | 1 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |
| | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 7 | |
| | 6 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |
| | 5 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| | 4 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein |
| | 4 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 3 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| | 2 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 2 | Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt |
| | 1 | Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| | 1 | Es droht allgemein ein Mangel an Fachärzten |
| | 1 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen |
| | 1 | Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben |
| | 1 | Die Verhältniszahlen sollten neu festgelegt werden |
| | 1 | Die Arbeitszeit pro Arzt wird sinken |
| | 1 | Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Der Bezug eines Bundesgesundheitsministers sowohl zur den Leistungserbringern als auch zu den Finanziers dieser Leistungen drückte sich bei Bahr auch darin aus, dass er ein Mindestmaß an *analytischem Zugang* zu beiden Kollektiven besaß. So bezog er sich beispielsweise in seinen Angaben zu Unter- und Überversorgung bei Psychotherapeuten auf die Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (vgl. 1504). Daher wurde davon ausgegangen, dass deren

Statistiken auch bei seinen Aussagen über die Versorgungsdichte bei anderen Arztgruppen als Quelle dienten. Bahr nutzte also dieselbe Daten-Grundlage, die auch von den bisher untersuchten Mitgliedern des Unterversorgungs- und des Fehlverteilungskollektivs verwendet wurde. Eng damit verbunden war zudem die von beiden Kollektiven akzeptierte *bedingte Unterversorgungs-Theorie*, welche er in einer starken Version vertrat. Auch die Forderung nach einer Überwindung der Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor und einer Reform der Bedarfssteuerung teilte er mit den Vertretern beider Kollektive (vgl. 443 und 464). Zu einer Reform gehörten für Bahr die *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*, die sowohl von Vertretern des Unterversorgungs- als auch des Fehlverteilungskollektivs geteilt wurden. Hier teilte er nur wenige Beliefs und damit eine schwache Ausprägung dieser Methodik: Den Wunsch nach einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Abschaffung der Residenzpflicht oder die Möglichkeit für Ärzte, nicht nur in der eigenen Praxis, sondern auch in einer Filiale praktizieren zu dürfen (vgl. 317; 325 und 355). Über diese geteilten Beliefs und Theorien hinaus stand er allerdings dem Unterversorgungskollektiv näher als dessen Gegnern und priorisierte die Sicherstellung der Versorgung vor dem Abbau von Überversorgung. Dahinter stand auf der Ebene der übergeordneten Beliefs und der Deep Core Beliefs die Annahme, dass Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor unter dem Zeichen von Freiberuflichkeit, einer gesteigerten Attraktivität des Arztberufes sowie mit weniger Bürokratie und mehr Geld stattfinden sollte (vgl. 342; 470; 479 und 517). Bahr realisierte diese Beliefs im Subsystem, indem er die *Anreiz-Methodik* in einer sehr starken und die *Attraktivitätsverlust-Theorie* in einer starken Ausprägung vertrat. Flankiert wurden diese Theorien durch eine lediglich schwache Form der *allgemeinen Unterversorgungs-* sowie der *Ausgabensteigerungs-Theorie*. Bahr war zudem ein schwacher Anhänger der *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung*. Zu der Ambivalenz seines Belief-Systems gehörte zudem, dass er nicht davon ausging, dass es allgemein Unterversorgung gebe. Zudem vertrat er die *Ausgabensteigerungs-* und die *Nachwuchsmangel-Theorie* sowie die *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse*, wie beschrieben, nur in sehr schwachen beziehungsweise schwachen Ausprägungen. Auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs vertrat Bahr lediglich schwache Ausprägungen der *Überversorgungs-Theorie* und der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*, die Überversorgung an manchen Orten sah und vermeiden wollte (vgl. 105 und 113). Wie erwähnt, sprach er sich hier für die Möglichkeit eines freiwilligen Abbaus von Arztsitzen durch die KVen aus. So zeigte sich, dass Bahrs *analytischer*

Zugang zu den Beliefs des Fehlverteilungskollektivs nur sehr gering ausgeprägt war. Da er aber auch einige Theorien des Unterversorgungskollektivs gar nicht, oder nur schwach vertrat, wurde der *analytische Zugang* zu dieser Gruppe als mittelhoch bewertet.

Devil shift

Angesichts der Funktion als Bundesgesundheitsminister und der Verbindungen zu beiden Kollektiven wunderte es nicht, dass nur wenige Spuren des *devil shifts* nachgewiesen werden konnten. Den Vertretern der Krankenkassen unterstellte Bahr bei einer Gelegenheit, dass diese mit zu hoch angesetzten Kosten für die Maßnahmen des GKV-VStG ein „*politisches Spiel*“ betrieben hätten (vgl. 1700). Den Politikern der Opposition im Bundestag im Allgemeinen warf er hinsichtlich der von ihnen präferierten Zwangsmaßnahmen gegen Überversorgung „*modernes Robin-Hood-Gehabe*“ vor. Den Vertretern von Bündnis 90/Die Grünen sowie der SPD unterstellte Bahr bei dieser und anderen Gelegenheiten zudem im Speziellen, sie hätten während ihrer Regierungszeit den drohenden Ärztemangel geleugnet (vgl. 1822 und 1945). Auch hob er in diesem Zusammenhang das Engagement der Bundesregierung sowie der Regierungsmehrheit im Bundestag hervor. So ergab sich ein Narrativ, bei dem die in ihrer medizinischen Versorgung gefährdeten Patienten die „Opfer“, die Vertreter der Opposition die „Schurken“ und die Bundesregierung sowie ihre Mehrheit im Bundestag die „Helden“ waren. Diese Verteufelung des politischen Gegners wurde allerdings nur in Quellen gefunden, die von Bahrs Auftreten im Bundestag berichteten, nicht aber in Statements, die in einem anderen Zusammenhang geäußert wurden. Insgesamt gab es im Fall Bahr ausschließlich einen mittelstark ausgeprägten *devil shift* gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv. Das heißt, die bestehenden, dem Unterversorgungskollektiv zuzuordnenden Policy Core Beliefs wurden bestärkt, während die Herausforderung von nicht vertretenen Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs herabgesetzt wurde. Umgekehrt erfuhren Bahrs Policy Core Beliefs mit Bezug zum Fehlverteilungskollektiv keine derartige Bestärkung.

Soziale Kohäsion

Bahr vertrat acht der elf Policy Core Beliefs, die während seiner Mitgliedschaft im Subsystem relevant waren. Auch bei ihm teilten diese sich in Policy Core Beliefs mit und ohne Gegen-Beliefs ein. Im ersten Fall schwächten sich die gegensätzliche Paare „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ und „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ sowie „*Es*

gibt nicht allgemein Unterversorgung“ und *„Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden“* gegenseitig ab. Für die Annahme allgemein drohender Unterversorgung ergab sich zunächst ein Punktwert von vier, der durch die öffentliche Meinung auf ein mittelstark bestätigendes Ausmaß erhöht wurde. Durch den gleichen Effekt wurde der Wunsch nach einer Bekämpfung von Unterversorgung mit Hilfe von Anreizen auf eine zumindest schwach bestätigende *soziale Kohäsion* verstärkt. Auch Bahrs Partner aus der Regierungskoalition besaßen ähnliche Belief-Systeme (vgl. Abschnitt 5.7.10), so dass er hier keiner Herausforderung ausgesetzt war. Da den nicht vertretenen Gegen-Beliefs eine solche Verstärkung fehlte, verblieben sie auf einem sehr schwach herausfordernden Niveau.

Abbildung 104: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Bahr

| Policy Core Belief | Bahr | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 7 | 279 | 153 | 22 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 8 | 227 | 100 | 19 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 4 | 194 | 85 | 13 | 13 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 7 | 193 | 131 | 19 | 15 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 6 | 175 | 96 | 24 | 15 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 4 | 145 | 69 | 17 | 12 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 1 | 133 | 69 | 15 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 6 | 112 | 46 | 9 | 7 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 71 | 42 | 8 | 4 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 68 | 45 | 4 | 3 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 11 | 59 | 31 | 13 | 6 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Bahr teilte nahezu alle Policy Core Beliefs ohne Gegen-Belief, diese wurden zudem durch die öffentliche Meinung verstärkt. Lediglich *„Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten“* gehörte nicht zu seinem Belief-System. Dieser Policy Core Belief wurde nicht nur von zahlreichen Subsystem-Mitgliedern und einflussreichen Akteuren vertreten, sondern auch durch die öffentliche Meinung auf eine sehr stark herausfordernde soziale Kohäsion verstärkt.

Abbildung 105: Soziale Kohäsion bei Bahr in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|--|---------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |

| | |
|---|-----------------------------|
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Mittelstark bestätigend |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach bestätigend |

Ereignisse und Informationen

Kritik an den Kosten von Überversorgung und dem Ausmaß der Maßnahmen zu ihrer Vermeidung wurde nicht nur innerhalb des Subsystems geäußert, sondern auch außerhalb. Dabei kam insbesondere dem Urteil des Bundesfinanzministeriums Gewicht zu, welches den Entwurf des GKV-VStG in Hinblick auf die durch es verursachten Kosten negativ bewertet hatte (vgl. z.B. 1717). Bahr stand also auch unter dem Druck, Bundesfinanzminister Schäuble von seinen Reform-Plänen und den damit verbundenen Mehrkosten für die GKV und – über die Zuschüsse des Bundes für den Gesundheitsfonds⁵⁰ – den Bundeshaushalt zu überzeugen. Er versuchte dies, indem er den Secondary Aspect „*Unterversorgung verursacht unerwünschte Kosten*“ entwickelte. Er stellte für Bahr eine Rechtfertigung dar, die Fokussierung auf finanzielle Anreize im GKV-VStG zu verteidigen. Darüber hinaus wurden keine *Ereignisse* erfasst, welche Bahr betrafen. Im Bereich der *Informationen* beschäftigte sich Bahr mit lokaler Überversorgung. Diese konstatierte er sowohl zwischen 2010 und 2011 allgemein und insbesondere in urbanen Räumen, als auch 2011 im Speziellen bei Psychotherapeuten (vgl. 105; 117 und 296). Er thematisierte zudem lokale Unterversorgung, auch hier sowohl zwischen 2008 und 2011 im Allgemeinen als auch im Speziellen von 2003 bis 2011 bei den Hausärzten (vgl. 365; 209 und 211). Dazu ergänzte Bahr 2011, dass diese Mängel insbesondere im ländlichen Bereich und in strukturschwachen Gebieten auftraten. Bereits 2003 hatte er Ärztemangel als ein Phänomen beschrieben, welches besonders in Ostdeutschland auftrate (vgl. 378; 379 und 549). Bahr untermauerte seine Warnungen vor allgemeiner Unterversorgung mit *Informationen*, welche sich einerseits auf das zukünftige Angebot an ärztlichen Tätigkeiten bezogen. Dabei konstatierte er bereits 2003 eine Abnahme der Bewerber um ein Medizinstudium und beklagte zwischen 2003 und 2011 fehlenden Nachwuchs bei ambulanten Ärzten (vgl. 412; 404 und 407). Dass zu wenige Ärzte nach dem Medizinstudium ärztlich tätig würden, begründete Bahr zwischen 2003 und 2011 mit der Auswanderung von Ärzten und dem Wechsel der Absolventen

⁵⁰ Der Gesundheitsfonds ist ein Mechanismus zur Zuweisung der Gelder für die Gesetzlichen Krankenkassen und wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Er wird aus den Krankenversicherungs-Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie einem Zuschuss aus dem Bundeshaushalt finanziert (Bandelow und Schade 2008, S. 116–117).

in andere Berufe (vgl. 376; 388). Als weitere Faktoren identifizierte Bahr 2011 die sinkende Arbeitszeit pro Arzt und die von Ärzten geforderte Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. 626; 627 und 628). Andererseits begründete Bahr zwischen 2003 und 2011 den allgemein drohenden Ärztemangel mit dem steigenden Altersdurchschnitt der Ärzte (vgl. 383 und 647). Er zitierte also nur *Informationen*, welche ihn in seinen Intentionen – die Vermeidung von Unterversorgung durch die Erhöhung der Attraktivität des Arztberufes bei gleichzeitiger Anerkennung lokaler Überversorgung – bestätigten. *Informationen*, welche eine stärkere Gewichtung auf Überversorgung oder Fehlverteilungen gelegt hätten, griff er dagegen nicht auf. Dazu zählten Aspekte wie die steigende Gesamtzahl der Ärzte, die Arztzahlen im internationalen Vergleich oder Überversorgung bei anderen Arztgruppen als den Psychotherapeuten (vgl. 523; 169-312 und 563). Er vertrat zudem nicht die für die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs wichtigen Annahme, dass durch den Bevölkerungsschwund im Rahmen des demographischen Wandels auch der Bedarf an ambulanter Tätigkeit sinke (vgl. 564 und 579). Allerdings kommunizierte er auch einige Beliefs des Unterversorgungskollektivs nicht, etwa die Zunahme der Morbidität oder der psychischen Erkrankungen.

Gesamtbild

Dass Bahr stärker dem Unterversorgungskollektiv zuneigte, zeigte sich auch daran, dass die nicht von ihm vertretenen Policy Core Beliefs ausschließlich dem Fehlverteilungskollektiv zuzuordnen waren. Hier waren einerseits die Ego-, Alter-, und Objekt-zentrierten Variablen nicht zugunsten eines starken Lern-Anreizes ausgeprägt. Bahr ignorierte zahlreiche Beliefs des Fehlverteilungskollektivs, besaß eine abwehrende Replik auf Zwangsmaßnahmen und Honorarabschläge als deren Methoden und stand in analytischer Hinsicht eher dem Unterversorgungskollektiv nahe. Zudem unterlag er einem mittelstarken Maß an *devil shift* gegenüber den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs und verließ sich eher auf *Informationen*, welche ihn in seinen bestehenden Policy Core Beliefs bestätigten. Lediglich im Fall des Policy Core Beliefs „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ wirkte diese Variable leicht herausfordernd. Zwar besaß der Policy Core Belief „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ eine sehr stark herausfordernde *soziale Kohäsion*, aber in Summe reichte diese Herausforderung nicht aus, die hemmenden Faktoren zu überwinden. Eine Übernahme dieser Policy Core Beliefs hätte zudem Bahrs Wunsch nach mehr Geld und einer höheren Attraktivität der ambulanten Versorgung diametral widersprochen. Die herausfordernden Policy Core

Beliefs zu übernehmen, hätte die Umsetzung dieser Vorhaben behindert und musste daher unattraktiv für ihn erscheinen.

Abbildung 106: Von Bahr nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|--------------------------|---|------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | stark hemmend | irrelevant | sehr gering | mittelstark hemmend | sehr stark herausfordernd | leicht hemmend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | stark hemmend | irrelevant | sehr gering | mittelstark hemmend | sehr schwach herausfordernd | leicht herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | stark hemmend | stark hemmend | sehr gering | mittelstark hemmend | sehr schwach herausfordernd | hemmend |

Bei den bestehenden Policy Core Beliefs mit Bezug zu Unterversorgung und Anreizen zur Versorgungssteuerung konnten insgesamt sehr starke Beharrungskräfte festgestellt werden, die sich aus den einzelnen Variablen mit unterschiedlicher Intensität ergaben. Dies galt sowohl für die Beliefs, welche ausschließlich durch das Unterversorgungskollektiv vertreten wurden, als auch für jene der von beiden Kollektiven geteilten *bedingten Unterversorgungstheorie*. Demgegenüber besaßen die Policy Core Beliefs mit Bezug zu Überversorgung deutlich geringere Beharrungskräfte. Dass trotz des mittelstark herausfordernden *devil shifts* und des geringen *analytischen Zugangs* keine grundlegende Belief-Löschung oder -Veränderung stattfand, lag daran, dass Bahr einerseits im Rahmen der *sozialen Kohäsion* besonders auf die einflussreichen Akteure der CDU im Bundestag Rücksicht nehmen musste, um ihre Zustimmung

zum GKV-VStG zu bewahren. Diese drangen stärker auf einen Abbau von Überversorgung, sodass eine weitere Annäherung an das Unterversorgungskollektiv erschwert wurde. Auch darüber hinaus besaßen die Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs die Unterstützung zahlreicher Subsystem-Mitglieder und dadurch eine sehr stark bestätigende *soziale Kohäsion*. Andererseits musste er die Zustimmung von Bundesfinanzminister Schäuble für das GKV-VStG gewinnen. Wie die Variable *Ereignisse und Informationen* zeigte, drängte dieser auf eine weitgehend kostenneutrale Gesundheitsreform. Nicht mehr den Abbau von lokal existierender Überversorgung zu fordern, hätte die Gefahr eines Vetos dieses außerhalb des Subsystems stehenden Akteurs vergrößert. Da Bahr das GKV-VStG als Mittel ansah, um die Attraktivität des Arztberufes zu steigern und Unterversorgung zu vermeiden und er dafür die Unterstützung der Union und des Finanzministers brauchte, musste die Aufrechterhaltung von gemäßigten Policy Core Beliefs zum Thema Überversorgung für ihn wünschenswert erscheinen. Zusätzlich erkannte Bahr im Rahmen der *Ereignisse und Informationen* auch lokale Überversorgung bei Psychotherapeuten an, was gegen eine Belief-Löschung des Policy Core „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ sprach. Insgesamt wurden aber eher die Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs durch diese Variable bestätigt.

Abbildung 107: Unveränderte Policy Core Beliefs in Bahrs Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | mittelstark bestätigend | irrelevant | sehr gering | mittelstark herausfordernd | sehr stark bestätigend | schwach bestätigend |

| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Es droht allgemein Unterversorgung | Übersversorgung sollte vermieden werden | Unterversorgung sollte vermieden werden | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung |
|--|------------------------------------|---|---|--|--|
| stark bestätigend | stark bestätigend | mittelstark bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| mittelhoch | mittelhoch | sehr gering | hoch | sehr hoch | hoch |
| mittelstark bestätigend | mittelstark bestätigend | mittelstark herausfordernd | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| schwach bestätigend | mittelstark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend |
| bestätigend | bestätigend | bestätigend | bestätigend | irrelevant | bestätigend |

5.7.7 Philipp Rösler

Als Vorgänger von Bahr war Philipp Rösler von 2009 bis 2011 Bundesgesundheitsminister. Der FDP-Politiker war lediglich von 2010 bis 2011 im Subsystem engagiert. Dadurch, dass Rösler weniger als zwei Jahre Mitglied im Subsystem war, konnte mit den gewählten Kriterien und Regeln zur Untersuchung von grundlegendem Policy-Lernen das Auftreten von Belief-Löschungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs nicht analysiert werden. Dennoch wurde

entschieden, ihn als Beispiel-Akteur zu untersuchen, da nach den gewählten Lern-Kriterien grundlegende Belief-Diffusion oder Belief-Veränderung messbar waren.

Intentionen

Auch bei Rösler handelte es sich um einen einflussreichen Akteur, der als Bundesgesundheitsminister eher gemäßigte Beliefs beider Kollektive teilte und beiden Seiten gegenüber zumindest ein Minimum an Offenheit aufbringen musste. Dabei stand er im Vergleich mit Bahr weniger eindeutig auf der Seite des Unterversorgungskollektivs. Das machte sich insbesondere daran fest, dass Rösler neben allgemein drohender und lokal existierender Unterversorgung sowie Überversorgung an bestimmten Orten auch Fehlverteilungen anerkannte (vgl. 365; 369; 103 und 105). Darüber hinaus vertrat er häufiger als Bahr den Wunsch, sowohl Unter- als auch Überversorgung abzubauen (vgl. 361 und 113). Im Gegensatz zu Bahr konnte bei Rösler zudem nicht die Forderung nach mehr Geld für den ambulanten Sektor festgestellt werden. Allerdings standen auch bei ihm der Wunsch, die Attraktivität des Arztberufs zu steigern, Bürokratie abzubauen und eine wohnortnahe Versorgung zu sichern, als übergeordnete Beliefs hinter seinen Aktivitäten im Subsystem (vgl. 342; 517 und 480). Auch sprach sich Rösler für eine vorherrschende Stellung der Freiberuflichkeit in der ambulanten Medizin aus. In der Konsequenz unterschied er sich von den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs erstens darin, dass er Zwangsmaßnahmen zum Abbau von Überversorgung ablehnte und Unter- und Überversorgung durch Anreize ausgleichen wollte (vgl. 470; 314; 315 und 582). Die zweite größere Differenz zwischen Rösler und den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs bestand darin, dass er davon ausging, dass durch den demographischen Wandel insgesamt mehr ärztliche Tätigkeit benötigt würde (vgl. 566). Daher forderte er auch die Länder auf, mehr Ärzte auszubilden (vgl. 430). Wie alle bisher untersuchten Akteure der dritten Phase, plädierte auch Rösler für eine Reform der Bedarfssteuerung, um diese Ziele umsetzen zu können (vgl. 443).

Abbildung 108: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Rösler

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> | 103 | 4 | Policy Core Belief |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 10 | Policy Core Belief |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 4 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |

| | | | |
|---|-----|---|--------------------|
| Überversorgung sollte vermieden werden | 113 | 6 | Policy Core Belief |
| KVen sollten Arztstühle bei Überversorgung aufkaufen können | 582 | 2 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Allgemeine Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Es droht allgemein Unterversorgung</i> | 369 | 4 | Policy Core Belief |
| Attraktivitätsverlust-Theorie | | | |
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 7 | überg. Belief |
| Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem | 376 | 1 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 4 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 2 | überg. Belief |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 1 | überg. Belief |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 7 | Secondary Aspect |
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 394 | 1 | Secondary Aspect |
| Ambulante Medizin wird zu wenig in der Ausbildung gefördert | 395 | 1 | Secondary Aspect |
| Ambulante Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden | 396 | 1 | Secondary Aspect |
| Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten | 404 | 3 | Secondary Aspect |
| Es sollte eine Landarztquote an den Universitäten geben | 426 | 2 | Secondary Aspect |
| Es sollte Stipendien mit Verpflichtung zur Tätigkeit in ländlichen Gegenden geben | 427 | 8 | Secondary Aspect |
| Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden | 430 | 11 | Secondary Aspect |
| Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch | 439 | 4 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 2 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen | 393 | 1 | Secondary Aspect |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 4 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 3 | überg. Belief |
| Es sollte einen Demographie-Faktor in der Bedarfsplanung geben | 570 | 3 | Secondary Aspect |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in Überversorgten Gebieten geben | 151 | 4 | Secondary Aspect |
| Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben | 313 | 2 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 11 | Policy Core Belief |
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden | 322 | 6 | Secondary Aspect |
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 3 | Secondary Aspect |
| Krankenkassen sollten sich finanziell gegen Unterversorgung einsetzen | 657 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 9 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 12 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 3 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 6 | Secondary Aspect |

| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
|---|-----|---|------------------|
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 1 | Secondary Aspect |
| Elternzeitregelungen sollten verbessert werden | 321 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden | 325 | 2 | Secondary Aspect |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 1 | Secondary Aspect |
| Wiedereinstieg sollte erleichtert werden | 390 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 1 | überg. Belief |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 2 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Unterversorgung sollte nicht durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 347 | 2 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 11 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 3 | überg. Belief |
| Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein | 483 | 8 | Secondary Aspect |
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 487 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 3 | Secondary Aspect |
| KVen sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben können | 580 | 4 | Secondary Aspect |
| Kommunen sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben dürfen | 606 | 3 | Secondary Aspect |
| Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt | 647 | 3 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Am 30. August 2010 konnte bei Rösler zum ersten Mal der Policy Core Belief „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ beobachtet werden.

Selektive Wahrnehmung

Auch bei Rösler wurden alle Variablen sowohl in ihrer bestätigenden als auch ihrer herausfordernden Wirkung auf die Policy Core Beliefs beider Kollektive untersucht. Dabei zeigte sich, dass der Bundesgesundheitsminister bis auf den namensgebenden Policy Core Belief alle Beliefs der *Fehlverteilungs-Theorie* ignorierte. Zu den Beliefs der *Kosten-Theorie* konnten gar keine Äußerungen nachgewiesen werden, auch vertrat er nur eine sehr schwache Version der *Überversorgungs-Theorie*, während er die Beliefs der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* ablehnte. Eine Ähnlichkeit mit Bahr konnte auch gegenüber den Beliefs des Unterversorgungskollektivs beobachtet werden: Hier ignorierte Rösler vollkommen die *Theorie des medizinischen Fortschritts*, die *Mitversorgungs-* und die *Ausgabensteigerungs-Theorie*.

Auch die *allgemeine Unterversorgungs-Theorie* ebenso wie die *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* konnten nur in sehr schwachen Versionen nachgewiesen werden. Damit war Röslers *selektive Wahrnehmung* gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv stark, die gegenüber dem Unterversorgungskollektiv mittelstark ausgeprägt.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Wie auch Bahr widersprach Rösler keinen Beliefs des Unterversorgungskollektivs und nur wenigen Beliefs des Fehlverteilungskollektivs. Bei Letzteren lehnte er in der methodischen Dimension die Konzepte zum Ausgleich der Fehlverteilungen ab. Dazu gehörten der Vorschlag, Unterversorgung im Allgemeinen durch den Abbau von Überversorgung zu beseitigen ebenso wie die Nutzung von Zwangsinstrumenten in der Bedarfssteuerung (vgl. 347 und 473). Im Konkreten verwarf er die Idee, Ärzte in überversorgten Gebieten durch Honorarabschläge dazu zu bewegen, in unterversorgte Gegenden zu ziehen (vgl. 151). Gegen dieses Paket von Beliefs argumentierte er, dass durch den demographischen Wandel ein höherer Bedarf an ambulanten Leistungen als bisher anfallen werde (vgl. 566). Zudem sei aufgrund der Altersstruktur der Ärzte absehbar, dass das Angebot an solchen Tätigkeiten sinken werde. Daher seien einerseits Anreize, wie Stipendien oder die Möglichkeit für die KVen, Arztsitze in überversorgten Gebieten aufkaufen zu können, sowie andererseits die Ausbildung von mehr Mediziner*innen im Allgemeinen die besseren Alternativen (vgl. 427; 582 und 430). Rösler war also in der Abwehr der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* insgesamt erfahren, wenn er auch einzelne Beliefs daraus referenzierte.

Abbildung 109: Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Rösler

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|---|
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 4 | |
| | 3 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein |
| | 2 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 1 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen |
| | 1 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 4 | |
| | 4 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 2 | Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden |
| | 2 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein |
| | 1 | Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden |
| | 1 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |
| | | |
| Unterversorgung sollte nicht durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 2 | |
| | 1 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| | 1 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 1 | Unterversorgung sollte mit Hilfe nichtärztlicher Berufe bekämpft werden |
| | | |
| Bedarfsplanung sollte nicht kleinräumiger organisiert sein | 2 | |
| | 0 | Kein Gegen-Argument geäußert |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Da Rösler an keiner Stelle ausführte, welche Statistik die Grundlage seiner Aussagen zu Unter- und Überversorgung bildete, konnte dieser Aspekt nicht bei der Bewertung des *analytischen Zugangs* berücksichtigt werden. Dagegen fanden sich zahlreiche Aussagen, in denen Rösler Beliefs zu Kollektiv-übergreifend vertretenen Theorien und Methoden aufgriff. So trat er für eine Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443) ein, welche die aus der bisherigen Untersuchung schon bekannten *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung* enthalten sollte: Unter anderem die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Möglichkeit zur Führung von Filial-Praxen, die Abschaffung der Residenzpflicht oder die Anpassung der Bedarfsplanung an lokale Gegebenheiten (vgl. 317; 355; 325 und 483). Auch konnte eine starke Version der *bedingten Unterversorgungs-Theorie* nachgewiesen werden. Auf der Seite des

Fehlverteilungskollektivs hing Rösler nur einer sehr schwachen Version der *Fehlverteilungstheorie* an (vgl. 103). Diese kombinierte er mit einer schwachen Version der *Übersorgungstheorie*, nach der Übersorgung nur lokal existierte, insbesondere in urbanen Gegenden (vgl. 105 und 117). Rösler setzte zu ihrem Abbau auf einzelne Beliefs der *Übersorgungsreduktions-Methodik*, die es den KVen erlauben sollten, Arztsitze in übersorgten Gebieten aufkaufen zu können (vgl. 582). Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs vertrat Rösler die *Attraktivitätsverlust-Theorie* in einer sehr starken, sowie die *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung* in maximaler Ausprägung. Auch die *Nachwuchs-Mangel-Theorie* besaß bei ihm eine nahezu maximale Ausprägung. Die *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* vertrat Rösler zumindest in einer schwachen Ausprägung (vgl. 480). Diese Theorien wurden von einer sehr schwach ausgeprägten Version der *allgemeinen Unterversorgungstheorie* begleitet. Die Einschätzung, dass der Arztberuf als Ganzes nicht attraktiv genug sei, übertrug sich auch auf die methodische Ebene. Hier plädierte Rösler sehr stark dafür, Unterversorgung mit der *Anreiz-Methodik* zu bekämpfen und vertrat einige Beliefs aus den *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. Da er aber auch eine Reihe von Theorien gar nicht oder nur schwach vertrat, wurde der *analytische Zugang* zum Unterversorgungskollektiv bei Rösler nur als mittelstark bewertet. Dies übertraf aber dennoch den sehr geringen *analytischen Zugang* zum Fehlversorgungskollektiv. Auch wenn Übersorgung und Fehlverteilungen für Rösler ein Problem darstellten, sprach er sich dafür aus, eine ausgeglichene Versorgung am besten über Anreize zu gewährleisten und im Rahmen einer Gesundheitsreform tendenziell eher Maßnahmen gegen Unterversorgung zu ergreifen. Im Vergleich mit Bahr legte Rösler den Fokus dabei eher auf organisatorische Hemmnisse des Arztberufes als auf finanzielle.

Devil shift

Der Zugang Röslers zu beiden Kollektiven zeigte sich auch beim *devil shift*. Hier attackierte er weder die Mitglieder des Unterversorgungskollektivs, noch jene des Fehlverteilungskollektivs. Auch eine Zuweisung der Schurken- oder Helden-Rolle konnte nicht beobachtet werden.

Soziale Kohäsion

Rösler vertrat während seiner Mitgliedschaft im Subsystem alle Policy Core Beliefs, die eine sehr starke *soziale Kohäsion* besaßen. Diese bestärkte ihn somit in ihrer Aufrechterhaltung. Im Falle der Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte vermieden werden*“ und „*Übersorgung*

sollte vermieden werden“ wurde diese allerdings erst durch die öffentliche Meinung auf ein sehr stark bestätigendes Maß verstärkt. Somit verblieb eine herausfordernde *soziale Kohäsion* nur bei den Policy Core Beliefs „Es droht allgemein Unterversorgung“, „Es gibt nicht allgemein Unterversorgung“ und „Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden“. Die beiden ersten Beliefs bildeten ein Gegensatzpaar, bei welchem die Warnung vor allgemein drohender Unterversorgung durch die öffentliche Meinung eine schwach herausfordernde *soziale Kohäsion* erlangte, während die Negierung allgemein existierender Unterversorgung in Summe auf einer sehr schwach herausfordernden *sozialen Kohäsion* verblieb. Nach der grundlegenden Belief-Diffusion wirkte die *soziale Kohäsion* bei „Es droht allgemein Unterversorgung“ dann schwach bestätigend. Den dritten Policy Core Belief konterte Rösler mit „Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden“, so dass sie sich gegenseitig aufhoben. Durch die öffentliche Meinung wurde der von ihm vertretene Policy Core Belief auf ein mittelstark bestätigendes Maß verstärkt, während der alternative Policy Core Belief auf einem sehr schwach herausfordernden Niveau verblieb.

Abbildung 110: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Rösler

| Policy Core Belief | Rösler | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|--------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 12 | 110 | 69 | 14 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 11 | 106 | 52 | 9 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 10 | 86 | 41 | 10 | 14 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 4 | 72 | 41 | 11 | 14 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 6 | 61 | 29 | 8 | 11 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 9 | 58 | 28 | 10 | 12 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 3 | 56 | 46 | 8 | 13 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 4 | 45 | 19 | 4 | 5 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 37 | 27 | 4 | 5 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 32 | 19 | 3 | 3 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 11 | 29 | 21 | 10 | 8 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Abbildung 111: Soziale Kohäsion bei Rösler in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|--|---------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |

| | |
|---|-------------------------------------|
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Schwach herausfordernd ¹ |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Mittelstark bestätigend |

¹ Bis zur grundlegenden Belief-Diffusion, danach schwach bestätigend.

Ereignisse und Informationen

Bei Rösler konnte kein *Ereignis* mit Bezug auf sein Belief-System im Bereich der Bedarfssteuerung nachgewiesen werden. Dagegen referenzierte er *Informationen*, welche jeweils die *Über-* und die *bedingte Unterversorgungs-Theorie* verstärkten. So vermeldete er zwischen 2010 und 2011 Überversorgung, insbesondere in urbanen Räumen (vgl. 105 und 117). Im gleichen Zeitraum gab er zudem an, dass die Zahl der Ärzte insgesamt zunehme (vgl. 523). Dass dennoch Unterversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, drohe beziehungsweise existiere, erklärte Rösler zwischen 2010 und 2011 mit dem hohen und steigenden Durchschnittsalter der Ärzte (vgl. 365; 369; 378; 383; 385 und 647). Ab 2011 ergänzte er zudem, dass es tendenziell mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen gebe, als in der Bedarfsplanung vorgesehen waren (vgl. 393). Es fiel auf, dass Rösler keine Über- und Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen referenzierte, sondern diese nur im Allgemeinen ansprach. Darüber hinaus konnten auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs keine Aussagen über die Stellung Deutschlands im internationalen Vergleich, die Gesamtmenge ambulanter Ärzte und über die schrumpfende Bevölkerung als Folge des demographischen Wandels gefunden werden. Auf Seite des Unterversorgungskollektivs vertrat er nicht die Beliefs „*Die Morbidität nimmt zu*“ und „*Die Zahl psychischer Erkrankungen nimmt zu*“. Im Bereich des ärztlichen Nachwuchses beschrieb Rösler 2010 eine Situation, bei der es auf der einen Seite mehr Bewerber als Studienplätze für Medizin gab (vgl. 414). Auf der anderen Seite vertrat er zwischen 2010 und 2011 den Belief, dass es insgesamt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten gebe, was er ab 2011 auch damit begründete, dass zu viele Ärzte auswanderten (vgl. 404 und 376). Um seine Forderung nach einer Verbesserung der Attraktivität des ärztlichen Berufs zu untermauern, gab Rösler zudem 2011 an, dass sich die Ärzteschaft eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wünsche (vgl. 628). Bereits 2010 hatte er dazu den Belief vertreten, dass das sozioökonomische Umfeld eine wichtige Rolle bei der Wahl des Arztsitzes spiele (vgl. 318). In der Konsequenz bestärkten diese *Informationen* Röslers Belief-System: Sie ließen einerseits durch die Anzeichen zukünftiger Mängel eine Erhöhung der Attraktivität des Arztberufes

mittels einer Reform sinnvoll erscheinen. Andererseits zeigten lokale Überversorgung und steigende Arztzahlen insgesamt, dass ein allgemeiner Mangel noch nicht erreicht wurde und es Kapazitäts-Reserven gab, die man durch Anreize in unterversorgte Gebiete locken konnte.

Gesamtbild

Rösler's wichtigstes Ziel für die ambulante Bedarfssteuerung war eine Reform, mit der die Attraktivität des Arztberufes gesteigert werden konnte. Zudem trat er für eine Stärkung der Freiberuflichkeit und eine Reduktion der Bürokratie in der ambulanten Versorgung ein. Die in Abbildung 112 aufgeführten Policy Core Beliefs waren nicht geeignet, diese höherrangigen Beliefs im Vergleich mit den bestehenden Policy Core Beliefs besser umsetzen zu können. Auch stellte die Ausgestaltung der Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen in Bezug auf sie keine bedeutende Herausforderung des bestehenden Belief-Systems dar, obwohl bei „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ die Herausforderung noch leicht durch die *Informationen* verstärkt wurde, die Rösler zur Verfügung standen. Unterversorgung durch den Abbau von Überversorgung zu bekämpfen, lehnte Rösler sogar explizit ab. Da also weder Anreiz noch Zwang zugunsten dieser herausfordernden Beliefs bestand, fanden keine grundlegenden Belief-Diffusionen oder Belief-Veränderungen statt.

Abbildung 112: Von Rösler nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | stark hemmend | irrelevant | sehr gering | irrelevant | sehr schwach herausfordernd | leicht herausfordernd |

| | | | | | | |
|---|---------------|--------------------|-------------|------------|-----------------------------|---------|
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | stark hemmend | sehr stark hemmend | sehr gering | irrelevant | sehr schwach herausfordernd | hemmend |
|---|---------------|--------------------|-------------|------------|-----------------------------|---------|

Bahr und Rösler glichen sich darin, dass sie auf die Zustimmung der Gesundheitspolitiker der CDU/CSU angewiesen waren, die auch auf einen Abbau von lokaler Überversorgung drängten. Daher galt auch für Rösler, dass er bei einer Löschung der Policy Core Beliefs zum Thema Überversorgung seine Chancen auf die Umsetzung einer Gesundheitsreform verringert hätte. Sie wurden also wesentlich durch die *soziale Kohäsion* bestärkt. Die Beharrungskräfte zugunsten von Policy Core Beliefs zum Thema Unterversorgung waren dagegen nicht nur sehr stark ausgeprägt, sie waren auch derart eng mit der Realisierung der übergeordneten Beliefs „Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden“, „Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren“ und „Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein“ verbunden, dass Lernprozesse an dieser Stelle kaum vorstellbar waren. Dies galt auch für den Wunsch nach einer Reform der Bedarfssteuerung, die das notwendige Mittel für eine verbesserte Realisierung dieser übergeordneten Beliefs war.

Abbildung 113: Unveränderte Policy Core Beliefs in Röslers Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |

| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Unterversorgung sollte vermieden werden | Übersversorgung sollte vermieden werden | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Es gibt an bestimmten Orten Übersversorgung | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden |
|--|---|---|--|-------------------------------------|---|--|
| stark bestätigend | irrelevant | mittelstark bestätigend | irrelevant | mittelstark bestätigend | mittelstark bestätigend | irrelevant |
| bestätigend | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| mittelhoch | hoch | sehr gering | hoch | sehr gering | sehr gering | sehr hoch |
| irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant | irrelevant |
| mittelstark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr stark bestätigend |
| bestätigend | irrelevant | irrelevant | bestätigend | schwach bestätigend | schwach bestätigend | irrelevant |

Die Diffusion des Policy Core Beliefs „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ war naheliegend. Ähnlich wie bei Kopetsch konnte Rösler sich darin bestätigt fühlen, dass seine übergeordneten Beliefs im Subsystem durch eine Reform der Bedarfssteuerung verwirklicht werden mussten, wenn sich die Versorgungslage verschlechterte. Und auch dieser grundlegende Lern-Fall besaß die Perspektive von sozialem Policy Lernen und politischem Lernen. Sozial, weil sich der Zustand der ambulanten Versorgung in Deutschland aus der Sicht Röslers absehbar verschlechtern würde, politisch, weil sich so Forderungen, wie die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes oder die Betonung seines freiberuflichen Charakters, leichter durchsetzen ließen. Die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen wirkten Lern-fördernd, allerdings weniger stark als in anderen Fällen von grundlegendem Policy-Lernen.

Abbildung 114: Ego-, Alter- und Objekt-zentrierte Variablen im Fall des erlernten Policy Core Beliefs „Es droht allgemein Unterversorgung“

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------|-------------|---|---------------------------------|
| Es droht allgemein Unterversorgung | irrelevant – stark bestätigend | irrelevant | mittelhoch | irrelevant | schwach herausfordernd - schwach bestätigend | herausfordernd - bestätigend |

5.7.8 Karsten Vilmar

Karsten Vilmar war von 1978 bis 1999 Präsident der Bundesärztekammer. Im Subsystem war er von 1982 bis 2000, also in der ersten und zweiten Phase, tätig.

Intentionen

Im Zentrum der Intentionen Vilmars stand wie bei keinem anderen der Beispiel-Akteure der Wille, den Charakter der Freiberuflichkeit des Arztberufes im Allgemeinen aufrecht zu erhalten und diesen vor staatlichen Eingriffen zu bewahren (vgl. 470 und 517, für die Ablehnung von staatlicher Intervention vgl. z.B. 0416). Im Subsystem wandte er sich daher frühzeitig gegen

Bedarfssteuerung im Allgemeinen sowie beschränkende Maßnahmen, wie Altersgrenzen und verpflichtende Weiterbildungsprogramme (vgl. 448; 156 und 441) im Speziellen. Um drohende oder existierende Arbeitslosigkeit unter Ärzten (vgl. 135 und 137) zu vermeiden, sollten stattdessen möglichst viele medizinische Tätigkeiten in der Hand der Ärzte verbleiben und die Zahl der Medizinstudenten reduziert werden (vgl. 330; 432 und 434). Verantwortlich für diese Situation war aus seiner Sicht die sozialliberale Koalition⁵¹, die mit ihrer für ihn verfehlten Bildungspolitik einen übermäßigen Anstieg der Arztzahlen ausgelöst hatten (vgl. 523; 524 und DS7). In diesem Zusammenhang bestritt Vilmar zunächst die Existenz von Unterversorgung (vgl. 360) und kritisierte das KVVG von 1976 (vgl. z.B. 0405) in welchem diese problematisiert wurde (BT-Drucks. 7/3336). Ähnlich wie Hoppe vertrat Vilmar aber zunächst Beliefs, die sonst eher von Vertretern des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen geäußert wurden. Darunter fiel vor allem die Annahme, dass es eine Ärzteschwemme gebe, beziehungsweise eine nicht wünschenswerte Überversorgung im Allgemeinen drohe (vgl. 101; 111 und 113). Konnte man Vilmar bis zu der Beratung über das GSG als zwischen den Kollektiven stehend charakterisieren, so änderte sich das im Vorfeld der Gesundheitsreform. In dieser Zeit übernahm er weitere Secondary Aspects des Kollektivs für freien Zugang und beklagte etwa, dass Zulassungssperren zulasten junger Ärzte gingen (vgl. 161 und 455). Vor allem aber engagierte er sich in der Folgezeit massiv gegen die geplanten allgemeinen Zulassungssperren und wurde so ein Haupt-Mitglied des Kollektivs für freien Zugang (vgl. 452 und 454).

Abbildung 115: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Vilmar

Theorien und Methoden des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen

| Theorie der Zulassungsbeschränkung | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> ⁵² | 443 | 1 | Policy Core Belief |
| Kosten-Theorie | | | |
| <i>Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten</i> ⁵² | 129 | 1 | Policy Core Belief |
| Konkurrenzkampf-Theorie | | | |
| In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf | 126 | 1 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Theorie | | | |
| <i>Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart</i> | 101 | 6 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> ⁵² | 103 | 1 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> ⁵² | 105 | 1 | Policy Core Belief |
| Es droht an bestimmten Orten Überversorgung | 107 | 1 | Secondary Aspect |
| <i>Es gibt allgemein Überversorgung</i> ⁵² | 109 | 2 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht allgemein Überversorgung</i> | 111 | 6 | Policy Core Belief |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 524 | 3 | Secondary Aspect |

⁵¹ Gemeint waren damit die Bundesregierungen Brandt und Schmidt.

⁵² Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| | | | |
|--|-----|---|--------------------|
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |
| <i>Überversorgung sollte vermieden werden</i> | 113 | 6 | Policy Core Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte gefördert werden | 158 | 1 | Secondary Aspect |
| Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein | 159 | 2 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Kollektivs für freien Zugang

| Theorie des freien Zugangs | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 161 | 4 | überg. Belief |
| <i>Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert</i> | 448 | 9 | Policy Core Belief |
| <i>Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben</i> | 454 | 10 | Policy Core Belief |
| Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte | 455 | 7 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 6 | Secondary Aspect |
| Methodik des freien Zugangs | | | |
| Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 156 | 6 | Secondary Aspect |
| Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden | 166 | 1 | Secondary Aspect |
| Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden | 168 | 1 | Secondary Aspect |
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 441 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 450 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben</i> | 452 | 8 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Überschuss-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden | 432 | 11 | Secondary Aspect |
| Es werden zu viele Ärzte ausgebildet | 434 | 11 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu | 132 | 4 | Secondary Aspect |
| Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 135 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten | 137 | 5 | Secondary Aspect |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 360 | 5 | Secondary Aspect |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 10 | überg. Belief |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 3 | überg. Belief |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 517 | 2 | überg. Belief |
| Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu | 523 | 14 | Secondary Aspect |
| Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem | 524 | 3 | Secondary Aspect |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 566 | 10 | überg. Belief |
| Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte | 644 | 3 | Secondary Aspect |
| Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen | 705 | 4 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Drei Lernprozesse auf der Ebene der Policy Core Beliefs konnten bei Vilmar beobachtet werden. Bis zum 24. Juni 1993 löschte er „*Es droht allgemein Überversorgung*“. Es folgten bis zum 3. August 1994 die Beliefs „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ und „*Überversorgung sollte vermieden werden*“.

Selektive Wahrnehmung

Ähnlich wie die bereits untersuchten Mitglieder des Kollektivs für freien Zugang, Montgomery und Hoppe, ignorierte auch Vilmar mehrere Theorien, welche von den Vertretern des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen propagiert wurden: Für die Beliefs, welche in der *Kosten-Theorie* zusammengefasst wurden, konnten keine Nachweise erbracht werden. Auch die *Konkurrenzkampf-Theorie* streifte er nur am Rande, da er bei lediglich einer Gelegenheit vor der Erhöhung eines Konkurrenzkampfes unter Ärzten als Folge zunehmender Arztzahlen warnte (vgl. 126). Dagegen war Vilmar im Rahmen seiner *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* ein wiederholter Kritiker der *Theorie der Zulassungsbeschränkung* sowie der meisten in der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* gruppierten Instrumente. Die Theorien und Methoden des Kollektivs für freien Zugang vertrat er stark, darauf wird in der Variablen *analytischer Zugang* noch im Detail eingegangen. Die *selektive Wahrnehmung* gegenüber den Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen war bei Vilmar mittelstark und damit schwächer als bei Hoppe und Montgomery ausgeprägt. Gegenüber dem Kollektiv für freien Zugang war diese Variable dagegen nur schwach ausgeprägt.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Bei der Analyse der Variable *Erfahrung* zeigte sich, dass in manchen Fällen Beliefs für einen einzelnen Akteur noch nachwirken können, die im Subsystem insgesamt keine Rolle mehr spielen. Anders ließ sich kaum erklären, dass Vilmar mehrfach Unterversorgung im Allgemeinen bestritt (vgl. 360), obwohl kein Akteur die Existenz eines solchen Phänomens während seiner Tätigkeit im Subsystem postulierte. Nichtsdestotrotz stellte er der Vorstellung von Unterversorgung die Warnung vor einer Ärzteschwemme und einer allgemein drohenden Überversorgung entgegen (vgl. 101 und 111), ehe er diese Policy Core Beliefs löschte. Ergänzt wurde die Argumentation durch den Hinweis auf die zunehmenden Arztzahlen sowie den Vorschlag, die Zahl der Medizinstudenten zu reduzieren (vgl. 523; 432 und 434). Davon

abgesehen, widersetzte er sich den Methoden, mit denen das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen die nachrückenden Medizin-Absolventen von einer ambulanten Tätigkeit abhalten wollte. Vilmar lehnte sowohl verpflichtende Altersgrenzen, als auch allgemeine und lokale Zulassungssperren und jene Weiterbildungsmaßnahmen ab, die aus seiner Sicht lediglich dazu dienten, junge Ärzte aus dem Vertragsarztsystem fernzuhalten (vgl. 156; 452; 454; 441 und 455). Für ihn waren darüber hinaus staatliche Eingriffe in das Gesundheitswesen und insbesondere Zwangsmaßnahmen abzulehnen (vgl. 473). Zudem sprach er sich gegen die Verwendung von Selektivverträgen zu Bedarfssteuerung aus (vgl. 460). Die Grundlage für diese Ablehnung war in nahezu allen Fällen der Verweis auf die Freiberuflichkeit als ideale Grundform der ambulanten ärztlichen Tätigkeit und die Nachteile, welche sich vor allem für junge Ärzte aus einer Abschottung des ambulanten Sektors ergaben (vgl. 470 und 455). Als Alternative schlug er vor, die Zahl der Medizinstudenten zu reduzieren und einen freiwilligen Verzicht auf die Zulassung finanziell zu fördern (vgl. 432; 434; 158 und 159). Wenn Vilmar auch damit weder die zeitweilige Einführung von Altersgrenzen, noch die von Zulassungssperren verhindern konnte, war er dennoch *erfahren* im Umgang mit der *Theorie der Zulassungsbeschränkung* und der *Übersorgungs-Reduktions-Methodik*.

Abbildung 116 Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Vilmar

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|--|------|--|
| Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben | 6 | |
| | 5 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 2 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein |
| | 1 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte gefördert werden |
| | | |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 5 | |
| | 4 | Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu |
| | 3 | Es droht allgemein Überversorgung |
| | 3 | Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart |

| | | |
|--|---|---|
| | 3 | Es droht allgemein Überversorgung |
| | 3 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 3 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 2 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| | | |
| Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen | 4 | |
| | 3 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| | 1 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | | |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 9 | |
| | 5 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 5 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 3 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden |
| | 1 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| | 1 | Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen |
| | | |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 8 | |
| | 6 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 4 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 1 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 1 | Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen |
| | | |

| | | |
|---|----|---|
| Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben | 3 | |
| | 2 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 1 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | | |
| Es sollte keine Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | 2 | |
| | 2 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden | 1 | |
| | 1 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 6 | |
| | 3 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 3 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 1 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein |
| | 1 | Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen |
| | | |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 10 | |
| | 6 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| | 6 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | 2 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| | 2 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |

| | | |
|--|---|---|
| | 1 | Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen |
|--|---|---|

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Einer von Vilmars wichtigsten Beliefs war die Problematisierung der insgesamt steigenden Zahl der Ärzte im ambulanten Sektor (vgl. 523 und 524). Die Grundlage für diese Daten waren die Statistiken der BÄK sowie des Statistischen Bundesamts, welche auch von Vertretern des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen benutzt wurden (vgl. 0557). Zusätzlich vertrat er bis zu der schon angesprochenen grundlegenden Belief-Löschung in den 1990er-Jahren eine mittelstarke Ausprägung der *Überversorgungs-Theorie*. Auch teilte er mit manchen Vertretern des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen die *Überschuss-Theorie* in einer maximalen Ausprägung sowie eine starke Version der *Anreiz-Methodik*: Nach seinen Vorstellungen sollten die KVen den freiwilligen Verzicht von Ärzten auf ihre Kassenzulassung fördern können (vgl. 158; 159 bzw. 0213). Auf der Seite des Kollektivs für freien Zugang war er ein zunehmend entschiedener Vertreter der *Theorie des freien Zugangs*. Dabei äußerte er sich über die darin zusammengefassten Beliefs zunächst noch verhalten, ehe er sie ab den 1990er-Jahren deutlich häufiger vertrat – eine Reaktion auf die verschärfte Bedarfssteuerung im GSG. Insgesamt wurde die Ausprägung der *Theorie des freien Zugangs* als stark bewertet. Auch plädierte Vilmar im Zeitverlauf stärker für die *Methodik des freien Zugangs* und besaß damit einen sehr hohen *analytischen Zugang* zum Kollektiv für freien Zugang. Da er dagegen die wesentlichen Theorien und Methoden des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen ignorierte oder ablehnte, war der *analytische Zugang* zu dieser Gruppierung trotz einiger geteilter Beliefs nur mittelhoch, nach der Löschung der Policy Core Beliefs der *Überversorgungs-Theorie* und der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* sogar nur gering ausgeprägt.

Devil shift

Während seiner Mitgliedschaft im Subsystem attackierte Vilmar zum einen die Bildungspolitik der sozialliberalen Regierungen. Das erschien auf den ersten Blick erstaunlich, bestand doch die Regierung Schmidt nur in den ersten neun Monaten des Jahres 1982. In ihr sah Vilmar jedoch die Grundlage der aus seiner Sicht zu hohen Zahl der Medizinstudenten (vgl. z.B. 0163). Da er auch in den 1990er-Jahren noch eine Reduktion der Medizin-Studienplätze forderte und Überversorgung als Politikversagen ansah, wird angenommen, dass er hiermit seine generelle

Präferenz in der Gesundheitspolitik ausdrückte und jene der Ärzte prägen wollte – insbesondere vor Wahlterminen (vgl. 0497). Zum anderen griff Vilmar wie Montgomery das GSG von 1992 massiv an. Dieses sei dirigistisch und gefährlich für Ärzte, Patienten und das Gesundheitswesen. Es bedeute ein Berufsverbot für junge Ärzte, zerstöre ihre beruflichen Chancen und müsse durch die Ärzteschaft bekämpft werden (vgl. 0416). Wie bei Montgomery fanden sich also auch hier eine Rollenverteilung, bei der Politiker der Reformparteien CDU, CSU, FDP und SPD die „Schurken“ waren, die Vertreter der Ärzteschaft die „Helden“ und junge Ärzte die „Opfer“. Damit ergab sich gemäß der Definition aus Abschnitt 4.3.4 ein insgesamt starker *devil shift* gegenüber dem Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen.

Soziale Kohäsion

Die *soziale Kohäsion* im Fall Vilmar ähnelte jener Hoppes im ersten Abschnitt seiner Tätigkeit im Subsystem. Auch hier bestand eine Herausforderung durch die Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen. Diese war je nach Belief schwach bis sehr stark ausgeprägt. Insbesondere die Annahme, dass Überversorgung unerwünschte Kosten erzeuge, wurde nicht nur von einer großen Mehrheit der Subsystem-Mitglieder vertreten, sondern auch von der Mehrheit der einflussreichen Akteure. Dagegen wurden die Policy Core Beliefs „*Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben*“, „*Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben*“, „*Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert*“ und „*Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben*“ durch die Gegen-Beliefs „*Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben*“, „*Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben*“ und „*Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert*“ abgeschwächt. Beide Gegensatz-Paare erfuhren in Summe aber durch unterschiedliche Faktoren eine Bestärkung: Jene des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen durch den Druck zur Anpassung an den Gesetzgeber und die öffentliche Meinung, die des Kollektivs für freien Zugang durch Akteure mit ähnlichem Belief-System wie Montgomery, Hoppe oder Horst Bourmer (vgl. Akteursnummer 453). Die öffentliche Meinung war es auch, welche die Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“, „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ und „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ um je eine Stufe in ihrer Herausforderung anhub. Mit der grundlegenden Belief-Löschung der drei Policy Core Beliefs „*Überversorgung sollte vermieden werden*“, „*Es droht allgemein Überversorgung*“ und „*Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart*“ veränderte sich auch deren soziale Kohäsion

von bestätigend zu herausfordernd. Wie bereits bei Hoppe und Montgomery beschrieben, verlor das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen nach Inkrafttreten des GSG Mitglieder und ihre Policy Core Beliefs damit an *sozialer Kohäsion*. Auch wurde der Wunsch nach allgemeinen Zulassungsbeschränkungen nur in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre in größerem Umfang geäußert. Daher ließ die Herausforderung für Vilmars Belief-System durch diese Variable nach dem Jahreswechsel 1992/1993 immer weiter nach.

Abbildung 117: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Vilmar

| Policy Core Belief | Vilmar | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|--------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | 1 | 117 | 58 | 10 | 15 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 6 | 90 | 47 | 10 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 1 | 81 | 47 | 10 | 15 |
| Es droht allgemein Überversorgung | 6 | 72 | 38 | 6 | 15 |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 0 | 70 | 31 | 7 | 13 |
| Es gibt allgemein Überversorgung | 2 | 64 | 38 | 5 | 13 |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | 8 | 46 | 27 | 6 | 10 |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 46 | 22 | 3 | 6 |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 0 | 40 | 26 | 7 | 10 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 1 | 38 | 32 | 4 | 9 |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | 6 | 35 | 24 | 3 | 6 |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | 10 | 33 | 16 | 6 | 7 |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | 0 | 31 | 19 | 5 | 7 |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | 8 | 31 | 13 | 5 | 6 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 1 | 30 | 20 | 4 | 6 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Abbildung 118: Soziale Kohäsion bei Vilmar in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|--------------------------------------|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | Sehr stark herausfordernd |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend ¹ |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Überversorgung | Sehr stark bestätigend ¹ |
| Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Mittelstark herausfordernd |
| Es gibt allgemein Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach bestätigend |
| Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | Mittelstark herausfordernd |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Stark herausfordernd |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | Mittelstark bestätigend ¹ |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Schwach bestätigend |
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | Schwach herausfordernd |

| | |
|--|----------------------------|
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | Schwach bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Mittelstark herausfordernd |

¹Bis zur grundlegenden Belief-Löschung, danach sehr stark bzw. mittelstark herausfordernd.

Ereignisse und Informationen

Wie bereits beschrieben wurde, war das GSG ein *Schlüssel-Ereignis* für das Subsystem ambulante Bedarfssteuerung. Das galt ebenfalls für Vilmar, der es wie die meisten Vertreter der Ärzteschaft sowohl allgemein als auch speziell in Hinblick auf die in ihm enthaltenen Verschärfungen der Bedarfssteuerung ablehnte (vgl. z.B. 0416). Seine Reizwirkung lag unter anderem darin, dass es sowohl die Zulassungssperren als auch die Altersgrenzen mit drohender und existierender Überversorgung begründete (BT-Drucks. 12/3608, S. 93–96). Diese Wirkung auf die Lernprozesse wird in der anschließenden Gesamtbetrachtung Vilmars gewürdigt. Im Bereich der *Informationen* untermauerte er vor allem seine Forderung nach einer Reduktion der Zahl der Medizinstudienplätze. Dazu kombinierte er zwischen 1983 und 1997 Daten über die steigende Gesamtzahl der Ärzte häufig mit solchen über existierende, drohende und zunehmende Arbeitslosigkeit unter Medizinern (vgl. 132-137; 523). Auch *Informationen* über die steigende Zahl der Medizinstudenten, -absolventen sowie der jungen Ärzte brachte er zwischen 1983 und 1986 mit der steigenden Gesamtzahl der Ärzte in Verbindung (vgl. 410-418). Dagegen klammerte er Statistiken über Zu- und Abnahmen bei einzelnen Arztgruppen mit Ausnahme der Hausärzte aus (vgl. 169-312 bzw. 200 und 203). Um für die Reduktion der Studienplätze für Medizin zu werben, verwies Vilmar zudem darauf, dass dies eine Forderung der gesamten Ärzteschaft sei (vgl. 644). Zwischen 1993 und 1998, also nach der Verschärfung der lokalen Zulassungssperren, ergänzte er zudem, dass es bereits zur Niederlassung gesperrte Gebiete gebe (vgl. 547). Er nutzte diese *Information*, um aufzuzeigen, dass sich aus seiner Sicht ein Berufsverbot für junge Ärzte entwickle (vgl. 0457). Die von Vilmar zitierten *Informationen* hatten also eine bestärkende Wirkung auf seine Intentionen, die Zahl der Medizinstudenten zu reduzieren, die ausgebildeten Ärzte aber in die ambulante Versorgung zu integrieren.

Gesamtbild

Zwar unterlag Vilmar wie die übrigen Mitglieder des Kollektivs für freien Zugang zum Teil einer sehr stark herausfordernden *sozialen Kohäsion*, allerdings passten die Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen nicht zu der Vorstellung, die er über die Regelung des Zugangs zur ambulanten Versorgung besaß. Die Annahme von Überversorgung als Problem und

der Wunsch nach Einschränkungen im Zugang zum ambulanten Sektor hätten kontradiktorisch zu Vilmars Wunsch nach einem freiberuflichen Gesundheitssystem und seinem Einsatz für junge Ärzte gestanden. Dies betraf zwei Aspekte: Zum einen die nicht erlernten Policy Core Beliefs und zum anderen die Policy Core Beliefs, die er löschte. Bei den nicht erlernten Policy Core Beliefs besaß er eine stark *selektive Wahrnehmung* und ein starkes Maß an *devil shift*, besonders gegenüber den in der Bundesregierung relevanten Akteuren. Der *analytische Zugang* war zunächst gering ausgeprägt, nach den grundlegenden Belief-Löschungen sogar nur noch sehr gering. Darüber hinaus konnte er sich insbesondere durch die Kombination der *Informationen* über die steigende Zahl des ärztlichen Nachwuchses, der Gesamtzahl der Ärzte sowie der Arbeitslosigkeit unter Medizinerinnen darin bestärkt fühlen, eine Reduktion der Studienplätze für Medizin anstelle von Zulassungsbeschränkungen zu fordern. Bei den Policy Core Beliefs zum Thema Überversorgung wirkte noch das GSG als internes *Ereignis*, welches ihre Übernahme nicht wünschenswert machte. Der Grund dafür war die enge kausale Verbindung zwischen Überversorgung und Zulassungssperren, die dort zum Ausdruck kam. Bei den Forderungen nach einer Reform der Bedarfssteuerung und einer Verschärfung der Zugangs-Bedingungen zum ambulanten Sektor, kam dagegen Vilmars Erfahrung mit diesen Policy Core Beliefs zum Tragen. Er lehnte sie nicht nur explizit ab, sondern besaß mit der Forderung nach einer Reduktion der Zahl der Medizinstudenten ein alternatives Konzept um den Zustrom in den ambulanten Sektor zu reduzieren.

Abbildung 119: Von Vilmar nicht erlernte Policy Core Beliefs des Kollektivs für Zulassungsbeschränkungen

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-----------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------|--|
| Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten | mittelstark hemmend | irrelevant | gering – sehr gering | stark hemmend | sehr stark herausfordernd | irrelevant – sehr stark hemmend ¹ |

| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben | Es gibt allgemein Überversorgung | Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden |
|--|--|--|--|---|--|
| mittelstark hemmend | mittelstark hemmend | mittelstark hemmend | mittelstark hemmend | mittelstark hemmend | mittelstark hemmend |
| irrelevant | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend | irrelevant | sehr stark hemmend | sehr stark hemmend |
| gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering | gering – sehr gering |
| stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend |
| stark herausfordernd | mittelstark herausfordernd | schwach herausfordernd | sehr stark herausfordernd | mittelstark herausfordernd | sehr stark herausfordernd |
| irrelevant – sehr stark hemmend ¹ | hemmend – sehr stark hemmend ¹ | hemmend – sehr stark hemmend ¹ | irrelevant – sehr stark hemmend ¹ | hemmend – sehr stark hemmend ¹ | hemmend – sehr stark hemmend ¹ |

| | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------|----------------------|---------------|----------------------------|--|
| Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben | | | | | | |
| | mittelstark hemmend | sehr stark hemmend | gering – sehr gering | stark hemmend | schwach herausfordernd | hemmend – sehr stark hemmend ¹ |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | mittelstark hemmend | irrelevant | gering – sehr gering | stark hemmend | mittelstark herausfordernd | irrelevant – sehr stark hemmend ¹ |

¹ Status unmittelbar vor dem GSG

Auch die Fälle von grundlegender Belief-Löschung aus Abbildung 120 waren ein Fall von politischem Lernen vor dem Hintergrund des GSG (vgl. Abschnitt 5.3): Das Kollektiv für Zulassungsbeschränkungen und die ihm zugeneigten einflussreichen Akteure hatten die Forderung nach lokalen Zulassungssperren und die Planung der allgemeinen Bedarfszulassung mit drohender Überversorgung, der Ärzteschwemme und deren teuren Folgekosten für die GKV begründet. Dies war auch juristisch von Belang, denn der Schutz der Gesetzlichen Krankenversicherung konnte als höherwertiges Gut bei einer Verhältnismäßigkeitsprüfung durch das Bundesverfassungsgericht angeführt werden. Dieses Argument wurde daher auch in den Bundestagsdebatten zum GSG verwendet, gemeinsam mit dem Hinweis auf die veränderte Situation gegenüber dem Kassenarzt-Urteil von 1960 (Deutscher Bundestag 1992a, S. 8993, 1992b, S. 9929, 1992c, S. 10916). Vor Überversorgung und einer Ärzteschwemme zu warnen, bedeutete also, der Bedarfszulassung das Wort zu reden. Diese Begriffsdeutung bedrohte die Umsetzung von Vilmars Ideal der Freiberuflichkeit, denn er hatte eine solche Maßnahme immer abgelehnt und die Bekämpfung von drohender Überversorgung nicht beim Zugang in die ambulante Versorgung, sondern bei der Ausbildung weiterer Mediziner festgemacht. Hatte die Variable *Ereignisse und Informationen* vor dem GSG noch bestätigend gewirkt, verwandelte sie sich durch dieses interne *Ereignis* in eine sehr starke Herausforderung. Durch die Verknüpfung von Überversorgung, Ärzteschwemme und Zulassungssperren wirkte auch der *analytische Zugang* zu diesen Policy Core Beliefs, für Vilmar immer stärker herausfordernd. Verstärkt wurde dies durch den stark ausgeprägten *devil shift* gegenüber den Akteuren, welche für

Zulassungssperren eintraten. Um sich davon zu distanzieren, löschte er sie trotz einer sehr stark bestätigenden *sozialen Kohäsion*.

Abbildung 120: Grundlegende Belief-Löschungen bei Vilmar⁵³

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|
| Übersorgung sollte vermieden werden | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | stark herausfordernd – stark hemmend | sehr stark bestätigend – sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd – sehr stark hemmend |
| Es droht allgemein Übersorgung | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | stark herausfordernd – stark hemmend | sehr stark bestätigend – sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd – sehr stark hemmend |
| Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart | schwach bestätigend - irrelevant | irrelevant | sehr stark herausfordernd – sehr gering | stark herausfordernd – stark hemmend | mittelstark bestätigend – mittelstark herausfordernd | sehr stark herausfordernd – sehr stark hemmend |

Bei den unveränderten Policy Core Beliefs waren alle Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten so ausgeprägt, dass eine Veränderung oder Löschung nicht wünschenswert erscheinen musste. Zudem waren diese Policy Core Beliefs bestens geeignet, den Kampf gegen Bürokratie und für ein freiberufliches Gesundheitssystem und die Berufschancen junger Ärzte aus der Supra-Subsystem-Ebene in das Subsystem umzusetzen. Sie waren daher ein annähernd idealtypischer Fall von grundlegendem Policy-Beharren.

⁵³ Abbildung 120 stellt die Konfiguration der Variablen vor und nach dem Lernprozess dar.

Abbildung 121: Unveränderte Policy Core Beliefs in Vilmars Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben | mittelstark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr hoch | stark bestätigend | schwach bestätigend | bestätigend |
| Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben | mittelstark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr hoch | stark bestätigend | schwach bestätigend | bestätigend |
| Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert | mittelstark bestätigend | sehr stark bestätigend | sehr hoch | stark bestätigend | schwach bestätigend | bestätigend |

5.7.9 Rainer Richter

Rainer Richter war zwischen 2005 und 2015 Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. Dem Subsystem Bedarfssteuerung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens gehörte er von 2006 bis 2012 an.

Intentionen

Richter ragte in Bezug auf seine Intentionen aus der Menge der untersuchten Individuen heraus. Im Gegensatz zu allen anderen Beispiel-Akteuren war er an der allgemeinen Ausgestaltung des Subsystems in der dritten Phase des Untersuchungszeitraums kaum interessiert. Stattdessen zielte er in seinen Aktivitäten darauf ab, die Anliegen der

Psychotherapeuten in die Reform der Bedarfssteuerung einzubringen und zu verteidigen. Seine Grundannahme bestand darin, dass die Verhältniszahlen für die Psychotherapeuten, welche damals aus dem Jahr 1999 stammten (für deren Berechnung vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 1999), nicht den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen widerspiegeln (vgl. 289). Dieser vergrößerte Bedarf entstand aus seiner Sicht aus der gestiegenen Zahl psychischer Erkrankungen (vgl. 578). Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen sah er für die Psychotherapeuten kein Nachwuchs-, sondern ein Zulassungs-Problem, welches die Unterversorgung in diesem Bereich bedinge (vgl. 409; 290 und 291). Daraus folgte Richter einerseits, dass die Verhältniszahlen neu berechnet und dadurch mehr Arztsitze für Psychotherapeuten geschaffen werden sollten (vgl. 286 und 288). Als geeignetes Mittel dazu sah auch er eine Reform der Bedarfssteuerung an (vgl. 443). Andererseits bestritt er, dass Arztsitze, die nach der bestehenden Bedarfsplanung als Überversorgung galten, auch einen faktischen Überschuss darstellten und wehrte sich in der Konsequenz gegen ihren Abbau (vgl. 297 und 584). Neben diesem Hauptanliegen forderte Richter zudem mehr Geld für Psychotherapeuten und eine Verbesserung der Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. 293 und 249-252).

Bei der Analyse von Richters Belief-System stellte sich die Frage, ob er angesichts des Desinteresses am allgemeinen Zustand des Subsystems überhaupt diesem zugerechnet werden konnte. Dies wurde positiv beantwortet, obwohl er nicht anhand der entsprechenden Policy Core Beliefs dem Unterversorgungs- oder Fehlverteilungskollektiv zugeordnet werden konnte und er sich fast nur mit bestimmten Secondary Aspects beschäftigte. Denn diese Themen konnten fachlich nur im Rahmen der Bedarfssteuerung auf Bundesebene bearbeitet werden, so dass eine Zuordnung zu einem anderen Subsystem künstlich erzeugt worden wäre und den politischen Prozess nicht korrekt abgebildet hätte. Zudem durchmaß er mit seinen Äußerungen sowie der Interaktion mit anderen Akteuren auch in der geographischen Dimension die gesamte Reichweite des Subsystems. Man hätte argumentieren können, dass es sich bei ihm um ein Individuum ohne feste Zuordnung zu einer Koalition und zeitlich befristeter Mitgliedschaft im Subsystem handelte, so wie dies Sabatier und Jenkins-Smith als Ausnahmefall definieren (1999, S. 120). Angesichts der über sechsjährigen Aktivität Richters erschien eine solche Einordnung für diesen Fall aber wenig überzeugend. Alternativ hätte man ihn und ähnlich gesinnte Akteure (vgl. z.B. Dieter Best, Akteursnummer 149) als eigenes Kollektiv definieren und ihre Beliefs von Secondary Aspects zu Policy Core Beliefs befördern können. Da

die Stellung der Psychotherapie aber nur ein Teilproblem im Diskurs über ambulante Bedarfssteuerung darstellte, hätte eine solche Anpassung die Definition der Policy Core Beliefs verletzt (Sabatier und Weible 2007, S. 194). Richters Fall zeigte also auf, dass es Akteure gibt, die dem Subsystem angehören, obwohl sie nicht in das klassische Koalitions-Schema passen.

Abbildung 122: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Richter

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Überversorgungstheorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|--------------------|
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> ⁵⁴ | 105 | 1 | Policy Core Belief |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Ausgabensteigerungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|------|------|------------------|
| Es sollte mehr Geld für Psychotherapeuten geben | 293 | 2 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 1 | überg. Belief |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 151 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden | 350 | 1 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 6 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> ⁵⁵ | 365 | 1 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 1 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben | 701 | 1 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
|--|------|------|--------------------|
| Es sollte eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben | 250 | 6 | Secondary Aspect |
| Es gibt allgemein einen Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | 252 | 4 | Secondary Aspect |
| Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich | 286 | 11 | Secondary Aspect |
| Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden | 288 | 12 | Secondary Aspect |
| Es gibt mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen | 289 | 9 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Psychotherapeuten | 290 | 7 | Secondary Aspect |
| Es gibt allgemein Unterversorgung bei Psychotherapeuten | 291 | 7 | Secondary Aspect |
| Es droht ein Rückgang von Psychotherapeuten | 292 | 4 | Secondary Aspect |
| Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung bei Psychotherapeuten | 297 | 3 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 7 | Policy Core Belief |

⁵⁴ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

⁵⁵ Gilt nach den Kriterien für Policy Core Beliefs aus Abschnitt 4.3.3 als nicht erlernt

| | | | |
|---|-----|---|------------------|
| Die Zahl psychischer Erkrankungen nimmt zu | 578 | 8 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztstühle bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 584 | 3 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Im Fall Richter konnten keine grundlegenden Lernprozesse nachgewiesen werden.

Selektive Wahrnehmung und analytischer Zugang

Da Richter abseits der meisten Theorien und Methoden stand, welche in der dritten Phase relevant waren, wurden die Variablen *selektive Wahrnehmung* und *analytischer Zugang* für seinen Fall zusammengefasst. Auch die *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* wird bereits hier berücksichtigt, auch wenn sie erst danach im Detail ausgeführt wird. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer besaß eine hohe *selektive Wahrnehmung* gegenüber beiden Kollektiven und ignorierte die meisten Theorien vollständig. Dazu gehörten etwa die *Kosten-Theorie* oder die *Attraktivitätsverlust-Theorie*. Dies galt ebenso für Beliefs über die aktuelle Situation der Versorgung, wie sie beispielsweise in der *Fehlverteilungs-Theorie* oder der *Mitversorgungs-Theorie* beschrieben wurden. Allerdings widersprach er im Rahmen seiner *Erfahrung* den Beliefs der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik* eher, als dass er sie ignorierte. Auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs konnten insgesamt keine Beliefs nach den Kriterien dieser Arbeit nachgewiesen werden. Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs wurden zumindest sehr schwache Versionen der *Ausgabensteigerungs-Theorie*, der *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* sowie der *Anreiz-Methodik* vorgefunden. Aus dem gemeinsamen Pool vertrat er eine schwache Version der *bedingten Unterversorgungs-Theorie* und in einem sehr geringen Ausmaß die *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. Daher wurde der *analytische Zugang* zu den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs als sehr gering, der zu den Vertretern des Unterversorgungskollektivs als gering bewertet. Da seinen Statements nicht entnommen werden konnte, auf welche Statistiken sich Richter für seine Aussagen über die steigende Zahl psychischer Erkrankungen stützte, konnten diese nicht berücksichtigt werden.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Auch Richters Einsatz gegen abgelehnte Beliefs bewegte sich im Rahmen der Diskussion über die Rolle der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung. In diesem Zusammenhang wollte

er verhindern, dass Arztsitze in urbanen Gebieten aufgekauft wurden, wenn dort formell Überversorgung herrschte (vgl. 584). Zudem bestritt er, dass es an diesen Orten tatsächlich Überversorgung mit Psychotherapeuten gebe (vgl. 297). Diese Komplexe waren gedanklich eng miteinander verbunden. So konstatierte er in beiden Fällen, dass dadurch eine Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung drohe, dass in der Realität ein größerer Bedarf bestehe als in der Bedarfsplanung verzeichnet sei und dass es im Gegenteil Unterversorgung mit Psychotherapeuten an bestimmten Orten gebe (vgl. 292; 289 und 290). Als Alternative schlug Richter vor, die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten neu zu bestimmen und mehr Arztsitze für diese auszuweisen (vgl. 288 und 286). Um die Vorstellung von lokaler Überversorgung zu zerstreuen, verwies er zudem auf die steigende Zahl psychischer Erkrankungen (vgl. 578). Ähnliche Motive verbargen sich auch hinter Richters Ablehnung von Zu- und Abschlägen auf die Honorare von Ärzten und Psychotherapeuten in Unter- beziehungsweise überversorgten Gebieten (vgl. 340 und 151). Da er nicht damit rechnen konnte, dass die Verhältniszahlen in höherem Umfang angehoben würden und es Planungsbereiche gab, die zu über 500 Prozent überversorgt waren (Klose und Rehbein 2011, S. 91), hätte eine erhebliche Zahl von Psychotherapeuten mit finanziellen Einbußen rechnen müssen. Daher verwundert es auch nicht, dass er als Alternative eine Neufestlegung der Verhältniszahlen forderte (vgl. 288). Dies alles machte Richter zu einem sehr erfahrenen Akteur in *der Überversorgungs-Reduktions-Methodik*, auf alle anderen Aspekte der ambulanten Bedarfssteuerung wirkte sich diese *Erfahrung* dagegen nicht aus.

Abbildung 123 Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Richter

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|--|------|--|
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 3 | |
| | 3 | Es droht ein Rückgang von Psychotherapeuten |
| | 2 | Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Psychotherapeuten |
| | 2 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |
| | 2 | Es gibt mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |
| | 1 | Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich |
| | | |

| | | |
|--|---|---|
| Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben | 1 | |
| | 1 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |
| | 1 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs- Standards sollten erlaubt sein |
| | | |
| Es sollte keine Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 1 | |
| | 1 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |
| | 1 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs- Standards sollten erlaubt sein |
| | | |
| Niederlassung sollte auch bei Überversorgung nicht erschwert werden | 1 | |
| | 1 | Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich |
| | 1 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |
| | | |
| Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung bei Psychotherapeuten | 3 | |
| | 2 | Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Psychotherapeuten |
| | 2 | Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich |
| | 2 | Es droht ein Rückgang von Psychotherapeuten |
| | 1 | Die Zahl psychischer Erkrankungen nimmt zu |
| | 1 | Es gibt mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |
| | 1 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |

Quelle: Datenbank

Devil shift

Im Untersuchungszeitraum konnten bei Richter drei Spielarten des *devil shifts* nachgewiesen werden. So sah er die Psychotherapeuten in einer Konkurrenzsituation bei der Werbung um zusätzliche Ressourcen gegenüber den ärztlichen Partnern innerhalb der KBV (vgl. 1125). Verstärkt wurde der Konflikt zwischen Ärzten und Psychotherapeuten aus seiner Sicht auch dadurch, dass die Bundespsychotherapeutenkammer im Reformkonzept der KBV zur

Bedarfssteuerung nicht als entscheidungsberechtigtes Mitglied für die angedachten Ausschüsse zur Versorgungsplanung einbezogen wurden (vgl. 1284). Daraus wurde geschlossen, dass sich der *devil shift* gegenüber den Vertretern der Ärzteschaft zwar eher auf einer allgemeinen Ebene bewegte, aber dennoch mittelstark ausgeprägt war. Ähnliches galt für den Umgang mit Politikern. Hier warf Richter dem Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2008, also noch unter Schmidt, vor, dass es nicht bereit sei, die Lage psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ernsthaft zu verbessern (vgl. 0947). Zwischen 2008 und 2009 warf er der Politik und den Krankenkassen im Allgemeinen vor, das Phänomen zunehmender psychischer Erkrankungen zu verleugnen beziehungsweise nicht darauf zu reagieren (vgl. 0986; 1066). Während Richter derartige Attacken gegenüber der Politik im Allgemeinen nach der Wahl 2009 nicht wieder aufgriff, stritt er mit den Vertretern der Krankenkassen auch danach über die Frage, wie viele Psychotherapeuten in welchen Planungsbezirken für eine angemessene Versorgung notwendig seien. Dabei verwarf er deren Vorschlag, Praxen in überversorgten Gebieten zu schließen als „*Zahlenspielerereien*“, die die Versorgungsrealität nicht widerspiegeln (vgl. 1727). Es konnte damit eine Zuteilung der Schurken-Rolle an die Politik sowie die Vertreter der Krankenkassen, welche eine bessere Versorgung der Opfer, also der nicht psychotherapeutisch versorgten Menschen, verhinderten, beobachtet werden. Die Vertreter der Psychotherapeuten waren in diesem Bild die Helden, welche sich für eine bessere Versorgung einsetzten. So ergab sich für Richter gegenüber der Bundesregierung bis zur Bundestagswahl 2009 ein mittelstarkes Ausmaß an *devil shift*, welches nach der Wahl komplett abflaute. Gegenüber den Vertretern der Krankenkassen hielt der *devil shift* auf mittelstarkem Niveau auch nach diesem Zeitpunkt an.

Soziale Kohäsion

Wie die beiden folgenden Abbildungen zeigen, unterlag Richter während seiner Mitgliedschaft im Subsystem einer unterschiedlich stark herausfordernden *sozialen Kohäsion*, die Policy Core Beliefs eines der beiden Kollektive zu übernehmen. Dabei wurden alle Policy Core Beliefs bis auf „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ und „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ durch die öffentliche Meinung um jeweils eine Stufe verstärkt. Richter vertrat im Fall der gegensätzlichen Policy Core Beliefs keine der beiden Seiten, so dass auch keine gegenseitige Abschwächung wirksam war. Er selbst teilte nur zwei Policy Core Beliefs, diese wurden durch die *soziale Kohäsion* sehr stark bestätigt. Allerdings spielten

unter den Vertretern der Psychotherapeuten, wie Dieter Best, Monika Konitzer, Karl Heinz Schrömgens, Peter Lehdorfer, Andrea Mrazek und Marion Schwarz (Akteursnummern 149, 696, 547, 732, 014 und 640) die herausfordernden Policy Core Beliefs ebenfalls keine große Rolle. Dadurch musste Richter keinen Ansehens- oder Ressourcenverlust bei diesen Akteuren aufgrund von unerfüllten Erwartungen befürchten.

Abbildung 124: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Richter

| Policy Core Belief | Richter | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|---------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 1 | 280 | 153 | 23 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 1 | 223 | 97 | 20 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 7 | 190 | 83 | 14 | 13 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 6 | 149 | 85 | 24 | 13 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 0 | 147 | 67 | 18 | 12 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 0 | 141 | 102 | 16 | 14 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 0 | 136 | 69 | 16 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 0 | 100 | 42 | 9 | 5 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 74 | 43 | 8 | 4 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 0 | 66 | 31 | 13 | 6 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 64 | 41 | 4 | 3 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Abbildung 125: Soziale Kohäsion bei Richter in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark herausfordernd |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark herausfordernd |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Mittelstark herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Mittelstark herausfordernd |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |

Ereignisse und Informationen

Richter referenzierte nur *Informationen* mit Zusammenhang zur psychotherapeutischen Versorgung. Dazu beklagte er während seiner gesamten Mitgliedschaft im Subsystem Mängel, sowohl beim Angebot an Erwachsenen-, als auch bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. 252; 290; 291 und 549). Im Gegensatz zu den Vertretern

der KVen und vieler Arztgruppen verneinte Richter dagegen die Existenz von Nachwuchs-Problemen bei Psychotherapeuten (vgl. 409). Als die Vertreter des Fehlverteilungskollektivs im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens 2011 eine Reduktion von Arztsitzen in überversorgten Gebieten forderten, warnte Richter vor einer drohenden Verschlechterung der Versorgung (vgl. 292). Bereits seit 2008 betonte er, dass es mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen gebe, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen (vgl. 289). Den Grund dafür machte Richter in der steigenden Zahl psychischer Erkrankungen fest, ein Belief, den er zwischen 2006 und 2011 sehr häufig äußerte (vgl. 578). Alle diese *Informationen* hatten eine bestärkende Wirkung auf das Ziel, die Bedarfssteuerung und darin die Verhältniszahlen so zu überarbeiten, dass die Zahl der Praxissitze für Psychotherapeuten vermehrt wurde. Dagegen ignorierte er Veränderungen und die Versorgungslage bei allen anderen Arztgruppen der Bedarfssteuerung und äußerte sich auch nicht zu der Gesamtzahl aller Ärzte, dem Einfluss des demographischen Wandels oder dem internationalen Vergleich der Arztzahlen.

Gesamtbild

Trotz einer teilweise sehr stark herausfordernden *sozialen Kohäsion*, übernahm Richter keine Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs. Dies lag einerseits daran, dass er eine sehr starke *selektive Wahrnehmung* gegenüber den Theorien und Methoden dieser Gruppe sowie nur einen sehr geringen *analytischen Zugang* zu ihnen besaß. Wie die Variable *devil shift* zeigte, stand er andererseits in einem Spannungsverhältnis mit seinen Haupt-Mitgliedern: Diese hatten sich dem Abbau von Praxen in überversorgten Gebieten verschrieben. Dies hätte selbst bei einer Überarbeitung der Verhältniszahlen mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu geführt, dass zumindest in Gebieten, in denen bereits eine hohe Zahl an Psychotherapeuten praktizierte, Honorar-Abschläge oder Praxisaufkäufe durchgeführt worden wären. Hier wirkte zudem Richters *Erfahrung* hemmend gegenüber jenen Policy Core Beliefs in denen die Vermeidung von Überversorgung thematisiert wurde. Bezüglich der *Ereignisse und Informationen* wurde Richter in seiner ablehnenden Haltung gegenüber den Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs in den meisten Fällen bestärkt, da sie auf einen größeren Bedarf an und Unterversorgung bei Psychotherapeuten hindeuteten und nicht auf ein Überangebot.

Abbildung 126: Von Richter nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Überversorgung sollte vermieden werden | Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Es gibt nicht allgemein Unterversorgung |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|---|
| selektive Wahrnehmung | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend | stark hemmend |
| Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | irrelevant | irrelevant | hemmend | hemmend | irrelevant |
| analytischer Zugang | sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering | sehr gering |
| devil shift | irrelevant | hemmend | hemmend | hemmend | hemmend |
| soziale Kohäsion in Summe | sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | sehr stark herausfordernd | schwach herausfordernd | sehr schwach herausfordernd |
| Ereignisse u. Informationen | hemmend | hemmend | hemmend | hemmend | irrelevant |

Auch im Fall der nicht erlernten Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs war die Summe der Ego-, Alter und Objekt-zentrierten Variablen nicht zugunsten eines Lern-Prozesses ausgeprägt. So war Richter von einer stark *selektiven Wahrnehmung* gegenüber deren Beliefs beziehungsweise einem geringen *analytischen Zugang* zu ihnen geprägt. Daneben bestand aus

seiner Sicht im Rahmen des *devil shifts* ein Konkurrenz-Verhältnis zu den Vertretern der Ärzte bei der Verteilung von Ressourcen sowie der Organisation der ambulanten Versorgung (vgl. 1125). Daher konnte ihm ein Verweis auf allgemeine Mängel in der ambulanten Versorgung mit Ärzten bei seinem Ziel, mehr Arztsitze und mehr Geld für die Psychotherapeuten einzuwerben, nur schaden. Dasselbe galt auch für die Forderung, Unterversorgung allgemein durch Anreize zu bekämpfen. Das heißt nicht, dass Richter grundsätzlich gegen Anreize eingestellt gewesen wäre, wie seine Forderung nach mehr Geld für Psychotherapeuten zeigte.

Abbildung 127: Von Richter nicht erlernte Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|--------------------------|---|------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Es droht allgemein Unterversorgung | stark hemmend | irrelevant | gering | hemmend | mittelstark herausfordernd | irrelevant |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | stark hemmend | irrelevant | gering | hemmend | mittelstark herausfordernd | irrelevant |

Bei den Beliefs der von beiden Kollektiven vertretenen *bedingten Unterversorgungs-Theorie* war Richter zwar einer sehr stark herausfordernden *sozialen Kohäsion* ausgesetzt. Allerdings wurde diese durch den geringen *analytischen Zugang* wieder ausgeglichen, während alle anderen Variablen weder Lern-Anreize noch -Hemmnisse boten. Die beiden Policy Core Beliefs waren zudem für Richters Intentionen nicht förderlich, denn sie adressierten Unterversorgung im Allgemeinen. Richter dagegen war an der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten interessiert.

Abbildung 128: Von Richter nicht erlernte Policy Core Beliefs mit Bezug zu beiden Kollektiven

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|--------------------------|---|------------------------|-------------|------------------------------|--------------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | gering | irrelevant | sehr stark herausfordernd | irrelevant |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | gering | irrelevant | sehr stark herausfordernd | irrelevant |

Im Gegensatz zu den nicht angeeigneten Policy Core Beliefs bot eine Reform der Bedarfssteuerung die Chance für Richter, seine Intentionen bezüglich der Stellung der Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung durchzusetzen, so dass er diesen Policy Core Belief im Rahmen der Lernkriterien aufrechterhielt. Das Gleiche galt auch für den Wunsch nach Vermeidung von Unterversorgung im Allgemeinen. Auch war bei beiden Policy Core Beliefs keine der Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen herausfordernd ausgeprägt. Stattdessen wirkte insbesondere die *soziale Kohäsion* sehr stark bestätigend. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Forderung nach mehr Geld für die Psychotherapeuten zwar in Hinblick auf das gesamte Subsystem nur ein Secondary Aspect war, der allerdings für Richter den Status eines übergeordneten Beliefs besaß. Sein Fall zeigte also, dass die allgemeine Einordnung von Beliefs nicht immer den individuellen Wertvorstellungen eines Akteurs entspricht. Im konkreten Fall war es aber nicht möglich, eine freiere Kategorisierung seines Denkens vorzunehmen, ohne die Zahl der übergeordneten Beliefs und Policy Core Beliefs, die bei der allgemeinen Anwendung eines solchen Vorgehens entstehen würden, übermäßig zu vergrößern. Da diese individuelle Gewichtung von Beliefs weder die Frage nach grundlegendem Policy-Lernen beziehungsweise Nicht-Lernen berührte, noch auf

die Festlegung der Policy Core Beliefs für das gesamte Subsystem Einfluss hatte, zog sie keine Anpassungen an Theorie, Methodik oder Empirie nach sich. Die Implikationen, die sich aus dem Fall Richter für die Eigenschaften von Belief-Systemen ergeben, werden aber im nächsten Kapitel noch weiterverfolgt.

Abbildung 129: Unveränderte Policy Core Beliefs in Richters Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | irrelevant | irrelevant | sehr hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | leicht bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | irrelevant | irrelevant | gering | irrelevant | sehr stark bestätigend | leicht bestätigend |

5.7.10 Jens Spahn

Jens Spahn war von 2008 bis 2012 Mitglied des Subsystems ambulante Bedarfssteuerung. Der CDU-Politiker war während dieser Zeit Abgeordneter des Deutschen Bundestags.

Intentionen

Wie Bahr und Rösler, war Spahn ein einflussreicher Akteur, der die Bedarfssteuerung weiterentwickeln wollte (vgl. 443). Zwar stand auch er eher auf der Seite des Unterversorgungskollektivs und wollte lokal drohende oder existierende Unterversorgung vermeiden (vgl. 361; 365 und 367). Zudem präferierte er die Nutzung von Anreizen anstatt von Zwangsmaßnahmen, um Unterversorgung zu vermeiden und sprach sich beispielsweise für Strukturfonds und finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten aus (vgl. 313-315 und 473). Als Fernziel sollten dabei die Arbeitsbedingungen sowie die Attraktivität des

Arztberufs erhöht und so eine wohnortnahe Versorgung gesichert werden (vgl. 342; 636 und 480). Im Gegensatz zu Bahr und Rösler neigte Spahn allerdings weniger eindeutig dem Unterversorgungskollektiv zu. Das zeigte sich beispielsweise daran, dass er nicht von einer allgemein drohenden Unterversorgung ausging und statt der Forderung nach mehr Geld den Zwang betonte, die Ausgabensteigerung in der GKV im Zaum zu halten (vgl. 130). Um existierende Überversorgung und Fehlverteilungen von Ärzten zu vermeiden, orientierte er sich an Maßnahmen, welche auch die Mitglieder des Fehlverteilungskollektivs befürworteten (vgl. 103; 105 und 113). Dazu gehörten unter anderem die Ideen, Arztsitze in Zukunft nicht weiterverkaufen zu können oder Abschläge für die Honorare von Ärzten in Überversorgten Gebieten zu erheben (vgl. 145; 146 und 150). Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens milderte Spahn seine methodischen Vorstellungen allerdings ab und er plädierte nur noch für den freiwilligen Aufkauf von Arztsitzen durch die KVen (vgl. 582 und 584).

Abbildung 130: Theorien, Methoden und einzelne Beliefs im Fall Spahn

Theorien und Methoden des Fehlverteilungskollektivs

| Fehlverteilungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten</i> | 103 | 6 | Policy Core Belief |
| Kosten-Theorie | | | |
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | 130 | 1 | überg. Belief |
| Überversorgungstheorie | | | |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung</i> | 105 | 8 | Policy Core Belief |
| Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen | 117 | 1 | Secondary Aspect |
| Überversorgungs-Reduktions-Methodik | | | |
| <i>Überversorgung sollte vermieden werden</i> | 113 | 8 | Policy Core Belief |
| Neue Arztsitze sollten nicht weiterverkaufbar sein | 146 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte Honorarabschläge in Überversorgten Gebieten geben | 150 | 2 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können | 582 | 3 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs

| Attraktivitätsverlust-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
|---|-------------|-------------|------------------|
| Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden | 207 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 342 | 3 | überg. Belief |
| Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe | 388 | 1 | Secondary Aspect |
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 473 | 5 | Secondary Aspect |
| An bestimmten Orten ist die Niederlassung zu unattraktiv | 562 | 1 | Secondary Aspect |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 636 | 4 | überg. Belief |
| Mitversorgungs-Theorie | | | |
| Es gibt keine allgemeine Überversorgung | 110 | 2 | Secondary Aspect |
| Nachwuchsmangel-Theorie | | | |
| Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Ärztemangel schließen | 383 | 2 | Secondary Aspect |

| | | | |
|---|-----|---|--------------------|
| Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen | 394 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte Stipendien mit Verpflichtung zur Tätigkeit in ländlichen Gegenden geben | 427 | 3 | Secondary Aspect |
| Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden | 430 | 1 | Secondary Aspect |
| Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch | 439 | 5 | Secondary Aspect |
| Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse | | | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 480 | 3 | überg. Belief |
| Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung | | | |
| Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 565 | 1 | Secondary Aspect |
| Anreiz-Methodik | | | |
| Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben | 313 | 8 | Secondary Aspect |
| <i>Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden</i> | 314 | 6 | Policy Core Belief |
| Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben | 315 | 7 | Secondary Aspect |
| Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden | 322 | 1 | Secondary Aspect |
| Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben | 339 | 4 | Secondary Aspect |

Theorien und Methoden mit Bezug zu beiden Kollektiven

| | | | |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| Bedingte Unterversorgungs-Theorie | Lfn. | Vol. | Art |
| <i>Unterversorgung sollte vermieden werden</i> | 361 | 4 | Policy Core Belief |
| <i>Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 365 | 10 | Policy Core Belief |
| <i>Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung</i> | 367 | 3 | Policy Core Belief |
| Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich | 378 | 5 | Secondary Aspect |
| Organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung | | | |
| Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein | 317 | 3 | Secondary Aspect |
| Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden | 325 | 3 | Secondary Aspect |
| Not- oder Bereitschaftsdienste sollten in ländlichen Regionen reduziert werden | 327 | 3 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen | 329 | 3 | Secondary Aspect |
| Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen | 355 | 1 | Secondary Aspect |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 498 | 1 | überg. Belief |
| Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben | 499 | 2 | Secondary Aspect |
| Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben | 701 | 2 | Secondary Aspect |

Einzelne Beliefs (Auswahl)

| | | | |
|--|-------------|-------------|--------------------|
| Belief | Lfn. | Vol. | Art |
| Es gibt Fehlverteilungen bei Kinderärzten | 246 | 2 | Secondary Aspect |
| Wirtschaftlich schwache Gebiete werden schlechter versorgt | 379 | 4 | Secondary Aspect |
| <i>Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden</i> | 443 | 6 | Policy Core Belief |
| Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert | 447 | 9 | Secondary Aspect |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | 464 | 10 | überg. Belief |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 470 | 1 | überg. Belief |
| Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein | 483 | 4 | Secondary Aspect |

| | | | |
|---|-----|---|------------------|
| Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein | 487 | 8 | Secondary Aspect |
| Morbidität sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen | 573 | 2 | Secondary Aspect |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 584 | 2 | Secondary Aspect |
| Krankenhäuser sollten in die ambulante Versorgung einbezogen werden | 677 | 5 | Secondary Aspect |

Quelle: Datenbank

Grundlegendes Policy-Lernen

Es konnten keine Lernprozesse auf der Ebene der Policy Core Beliefs im Fall Spahn nachgewiesen werden.

Selektive Wahrnehmung

Auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs ignorierte Spahn zwar die Mehrheit der Beliefs der *Fehlverteilungs-* und der *Kosten-Theorie*, besaß aber zumindest einen sehr schwachen beziehungsweise minimalen Zugang zu diesen. Auch die *Überversorgungs-Theorie* vertrat er zumindest schwach, wenn er auch die Vorstellung, dass es allgemein Überversorgung gebe, eher ablehnte. Auf der methodischen Ebene unterstützte er einige Beliefs der *Überversorgungs-Reduktions-Methodik*, lehnte aber die Methodik insgesamt eher ab. Aufgrund dieser geteilten und abgelehnten Beliefs wurde die *selektive Wahrnehmung* gegenüber dem Fehlverteilungskollektiv als mittelstark bewertet. Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs konnten auf der theoretischen Ebene bei Spahn keine Belege für die Beliefs der *allgemeinen Unterversorgungs-* und der *Ausgabensteigerungs-Theorie* sowie der *Theorie des medizinischen Fortschritts* gefunden werden. Die *Mitversorgungs-Theorie* vertrat er nur minimal. Auch zur *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* und die *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung* äußerte er sich nur in einer schwachen beziehungsweise sehr schwachen Version. Es fiel auch auf, dass Spahn im Gegensatz zu Bahr und Rösler nicht ein Übermaß an Bürokratie in der ambulanten Versorgung beklagte. Wie noch zu sehen sein wird, beschäftigte er sich dafür mit einer Vielzahl von Methoden zum Abbau von Unterversorgung und teilte andere Theorien und Methoden des Unterversorgungskollektivs. Das Ausmaß von Spahns *selektiver Wahrnehmung* gegenüber diesem Kollektiv wurde daher ebenfalls als mittelstark bewertet.

Erfahrung mit gegnerischen Argumenten

Spahn lehnte nur wenige Beliefs explizit ab. Dazu gehörte vor allem die Nutzung von Zwangsinstrumenten in der Bedarfssteuerung (vgl. 473). Diese führten für ihn – ähnlich wie für Bahr – nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, da sie die Ärzte demotivierten (vgl. z.B.

1947). Aus seiner Sicht bestand das Grundproblem der ambulanten Versorgung in der zu geringen Attraktivität, sich als Arzt in einer unterversorgten Region niederzulassen (vgl. 342 und 636). Diesem Gedanken stellte Spahn daher in vier von fünf Fällen das Konzept von einer Steuerung der Versorgung mit (finanziellen) Anreizen entgegen (vgl. 313- 315 und 339). Zu den abgelehnten Beliefs gehörte auch die Idee, Arztsitze zwangsweise aufkaufen zu müssen (vgl. 153 und 584). Hier lieferte er zwar keine detaillierte Begründung, warum er einen solchen Schritt ablehnte, besaß aber mit dem Vorschlag, den Aufkauf auf eine freiwillige Basis zu stellen, eine Alternative. Dies machte Spahn zu einem erfahrenen Akteur in Bezug auf die durch das Fehlverteilungskollektiv geforderten Maßnahmen der *Übersorgungs-Reduktions-Methodik*. Daneben verneinte Spahn, dass es allgemein Übersorgung gebe, sondern ging davon aus, dass es sich dabei eher um Fehlverteilungen handele. Dies machte ihn in geringerem Maße auch zu einem erfahrenen Akteur im Umgang mit der *Übersorgungs-Theorie*.

Abbildung 131 Erfahrung mit gegnerischen Argumenten im Fall Spahn

| Abgelehnter Belief | Vol. | Gegen-Argument |
|---|------|--|
| Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten | 5 | |
| | 4 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 2 | Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| | 2 | Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben |
| | 2 | Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben |
| | 1 | Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden |
| | 1 | Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden |
| | 1 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| | | |
| Es gibt keine allgemeine Übersorgung | 2 | |
| | 2 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |

| | | |
|---|---|--|
| Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten nicht zwangsweise aufgekauft werden müssen | 1 | |
| | 1 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| | 1 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |
| | 1 | Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden |
| | 1 | Es gibt mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |
| | | |
| KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen | 2 | |
| | 1 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |

Quelle: Datenbank

Analytischer Zugang

Obwohl Spahn auf Über- und Unterversorgung bei einzelnen Arztgruppen einging, äußerte er sich nicht dahingehend, auf welcher Datengrundlage er seine Aussagen machte. Daher konnte dieser Aspekt nicht bei der Bewertung seines *analytischen Zugangs* berücksichtigt werden. Davon abgesehen, handelte es sich bei Spahn um einen Akteur, der einen besonders weiten Blickwinkel auf das Subsystem und seine Aspekte besaß. Das machte sich unter anderem dadurch bemerkbar, dass er aus dem beiden Kollektiven gemeinsamen Pool zahlreiche Beliefs vertrat, wie die Forderung nach einer Reform der Bedarfssteuerung (vgl. 443). Diese verknüpfte er mit zahlreichen Beliefs der *organisatorischen Methoden zur Vermeidung von Unterversorgung*. Zu dieser Kategorie gehörte auch der übergeordnete Belief, die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu überwinden (vgl. 464). Spahn konkretisierte dies mit dem Vorschlag, die Kapazitäten der Krankenhäuser in die Planung der ambulanten Versorgung einzubeziehen (vgl. 677). Auch besaß er einen hohen analytischen Zugang zur *bedingten Unterversorgungs-Theorie*. Wie bereits angesprochen, vertrat Spahn auf der Seite des Fehlverteilungskollektivs die *Fehlverteilungs-Theorie* in einer sehr schwachen, die *Kosten-Theorie* in einer minimalen und die *Überversorgungs-Theorie* in einer schwachen Version. Dafür war er ein Befürworter mehrerer Instrumente aus dem Bereich der

Überversorgungs-Reduktions-Methodik, die er insgesamt schwach vertrat. Dazu gehörten die Ideen, für neue Arztsitze die Option des Weiterverkaufs auszuschließen (vgl. 145; 146 und 493) und Honorarabschläge in überversorgten Gebieten anzuwenden (vgl. 150). Auf der Seite des Unterversorgungskollektivs vertrat Spahn zwar nur eine sehr schwache Version der *Theorie der demographischen Aufwands-Steigerung*. Auch die *Theorie der gleichwertigen Lebensverhältnisse* und die *Nachwuchsmangel-Theorie* wurden nur schwach von ihm unterstützt. Dafür konnte bei ihm eine starke Ausprägung der *Attraktivitätsverlust-Theorie* nachgewiesen werden. In der methodischen Dimension war er ein starker Anhänger der *Anreiz-Methodik*. In der Zusammenfassung ergab sich so das Bild eines Akteurs, der nach den Kriterien aus Abschnitt 4.3.4 über einen geringen *analytischen Zugang* zu den Beliefs des Fehlverteilungskollektivs verfügte, den Beliefs des Unterversorgungskollektivs dagegen in mittelhohem *analytischem Zugang* verbunden war. Dieser Vorsprung wurde vor allem in der Betonung von Anreizen anstelle von Zwangsmaßnahmen als Grundlage der Weiterentwicklung der Bedarfssteuerung sichtbar.

Devil shift

Spahn bezeichnete die Warnung der Vertreter des GKV-Spitzenverbands vor Milliardenkosten durch das GKV-VStG bei einer Gelegenheit als „*Populismus*“ (vgl. 1696), äußerte sich aber ansonsten nicht negativ über andere Akteure oder Organisationen. Insbesondere erfolgte keine Zuweisung der Schurken-, Opfer- und Helden-Rolle. Daher konnte das Ausmaß des *devil shifts* gegenüber den Vertretern des Fehlverteilungskollektivs als sehr schwach bezeichnet werden. Gegenüber den Vertretern des Unterversorgungskollektivs bestand kein *devil shift*.

Soziale Kohäsion

Wie bei den meisten Beispiel-Akteuren, die in der dritten Phase im Subsystem tätig waren, vertrat auch Spahn alle Policy Core Beliefs ohne Gegenbeliefs. Diese wurden in der Mehrheit bereits durch die Zahl der sie vertretenden Subsystem-Mitglieder und einflussreichen Akteure, sowie ihr Volumen auf eine sehr stark bestätigende *soziale Kohäsion* gebracht. Lediglich im Fall der Policy Core Beliefs „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ und „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ entstand dieses Ausmaß erst mit der Verstärkung durch die öffentliche Meinung. Im Gegensatz zu den meisten anderen Beispiel-Akteuren, aber wie im Fall Richter, vertrat Spahn weder den Policy Core Belief „*Es droht allgemein Unterversorgung*“, noch „*Es gibt nicht*

allgemein Unterversorgung“. Dadurch wirkten beide nicht gegenseitig abschwächend, sondern jeder für sich alleine herausfordernd. Im Fall des ersteren Beliefs kam noch die öffentliche Meinung hinzu, so dass er eine mittelstark herausfordernde *soziale Kohäsion* besaß, während letzterer auf dem Niveau einer sehr schwachen Herausforderung verblieb. Zuletzt standen sich noch der von Spahn vertretene Policy Core Belief „*Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden*“ und der herausfordernde Policy Core Belief „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ gegenüber. Beide schwächten sich zwar gegenseitig ab. Durch die öffentliche Meinung sowie den Druck zur Orientierung an den Belief-Systemen der Politiker der Regierungsmehrheit im Bundestag wurde ersterer aber auf ein schwach bestätigendes Maß verstärkt, während letzterer nur eine sehr schwach herausfordernde *soziale Kohäsion* entwickeln konnte.

Abbildung 132: Punktwerte der Policy Core Beliefs im Fall Spahn

| Policy Core Belief | Spahn | Volumen | Anzahl Akteure | Davon Ef.A. ¹ | Punkte |
|---|-------|---------|----------------|--------------------------|--------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | 10 | 251 | 143 | 20 | 15 |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | 8 | 203 | 92 | 18 | 15 |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | 6 | 178 | 77 | 13 | 14 |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | 4 | 145 | 83 | 22 | 13 |
| Überversorgung sollte vermieden werden | 8 | 136 | 65 | 17 | 12 |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | 3 | 132 | 97 | 14 | 14 |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | 6 | 118 | 65 | 15 | 11 |
| Es droht allgemein Unterversorgung | 0 | 96 | 40 | 8 | 5 |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | 0 | 69 | 42 | 8 | 4 |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | 6 | 59 | 29 | 11 | 3 |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | 0 | 53 | 35 | 4 | 3 |

Quelle: Datenbank, ¹Ef.A. = einflussreiche Akteure

Abbildung 133: Soziale Kohäsion bei Spahn in Summe

| Policy Core Belief | Soziale Kohäsion in Summe |
|---|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | Sehr stark bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Überversorgung sollte vermieden werden | Sehr stark bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | Sehr stark bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | Sehr stark bestätigend |
| Es droht allgemein Unterversorgung | Mittelstark herausfordernd |
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | Sehr schwach herausfordernd |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | Schwach bestätigend |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | Sehr schwach herausfordernd |

Ereignisse und Informationen

Bei Spahn konnten keine *Ereignisse* festgestellt werden, die eine direkte Wirkung auf sein Belief-System im Subsystem gehabt hätten. Im Bereich der Daten konzentrierte er sich auf drei Bereiche: So berichtete er zwischen 2010 und 2011 häufig von lokaler Überversorgung im Allgemeinen (vgl. 105). Im Jahr 2011 ergänzte er zudem, dass Überversorgung insbesondere ein Problem in urbanen Gebieten sei und dass es Überversorgung bei Kinderärzten gebe (vgl. 117 und 243). Der zweite Bereich, mit dem Spahn sich beschäftigte waren Beliefs zum Thema Unterversorgung. Zwischen 2010 und 2012 beklagte er hier lokal drohende oder existierende Unterversorgung im Allgemeinen (vgl. 365 und 367). Dies war aus seiner Sicht nicht nur ein Problem in ländlichen Räumen, sondern auch in wirtschaftlich schwächeren Gebieten (vgl. 378 und 379). Im Reformjahr 2011 untermauerte er seine Theorien und Methoden zudem noch mit Daten über lokale Unterversorgung bei Haus- und Kinderärzten (vgl. 211 und 240). Einen Schwerpunkt setzte er zudem auf die psychotherapeutische Versorgung. Hier konstatierte er 2011 nicht nur lokale Unterversorgung, sondern ging auch von einem größeren Bedarf an entsprechenden Leistungen aus, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen waren (vgl. 289 und 290). Bereits ein Jahr zuvor hatte er geäußert, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen zunehme (vgl. 578). Spahns dritter Bereich betraf Zu- und Abgänge aus der ärztlichen Versorgung. Dabei beklagte er auf der einen Seite 2010, dass zu viele Medizinabsolventen in andere Berufe wechselten und ein Nachwuchsmangel bei ambulanten Medizinerinnen drohe (vgl. 388 und 405). Ein Jahr später verschärfte er diese Aussage und bedauerte, dass es an bestimmten Orten bereits zu wenig ärztlichen Nachwuchs gebe (vgl. 407). Allerdings betonte er 2011 auch, dass es mehr Bewerber als Studienplätze gäbe (vgl. 414). Auf der Seite der Abgänger ergänzte er 2010 bis 2011, dass sich aus dem Altersdurchschnitt im Allgemeinen und an bestimmten Orten ein zukünftiger Ärztemangel schließen lasse (vgl. 383 und 385). In der Gegenüberstellung zeigte sich, dass Spahn sowohl Daten zu Überversorgung als auch über Mängel in der ambulanten Versorgung referenzierte, wobei letztere zahlenmäßig überwogen. Diese Konfiguration spiegelte seine Policy Core Beliefs wider: Über- und Unterversorgung existierten und sollten vermieden werden. Da drohende und existierende Unterversorgung eher überwog, Nachwuchsmangel drohte und es bei den Psychotherapeuten auch mehr Bedarf gab, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen, waren Anreize zur Überwindung von Unterversorgung gegenüber Zwangsmaßnahmen zu bevorzugen. Insofern hatten die Daten eine bestätigende Wirkung auf Spahns Policy Core Beliefs. Spahn ignorierte allerdings sowohl

die insgesamt steigende Zahl der Ärzte als auch Zunahmen bei einzelnen Arztgruppen oder in den Ländern. Zudem beschäftigte er sich zumindest in der Öffentlichkeit nicht mit der im internationalen Vergleich hohen Zahl der Ärzte in Deutschland, dem Rückgang der Bevölkerung und mit Überversorgungen bei einzelnen Arztgruppen. Auch Mängel bei anderen Arztgruppen, die Morbidität im Allgemeinen oder in Bezug auf eine bestimmte Arztgruppe sowie die öffentliche Meinung der Ärzte berücksichtigte er nicht.

Gesamtbild

Da Spahn sehr viele Policy Core Beliefs vertrat, kam grundlegendes Policy-Lernen nur für wenige Alternativen überhaupt infrage. Jene des Fehlverteilungskollektivs konnten nur eine insgesamt schwache Herausforderung entwickeln, da Spahn hauptsächlich einem mittelstarken Ausmaß an *selektiver Wahrnehmung* gegenüber dessen Beliefs unterlag und nur einen geringen *analytischen Zugang* zu diesem Kollektiv besaß. Zudem wirkte die Variable *devil shift* leicht hemmend, im Fall des Policy Core Beliefs „*Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden*“ kam noch seine *Erfahrung* als hemmender Faktor hinzu. Die *soziale Kohäsion* war nur sehr schwach herausfordernd ausgeprägt und von der Variablen *Ereignisse und Informationen* ging lediglich im Fall des Policy Core Beliefs „*Es gibt nicht allgemein Unterversorgung*“ eine leicht herausfordernde Wirkung aus. Dennoch musste auch hier die Konstellation der Ego-, Alter und Objekt-zentrierten Variablen insgesamt grundlegendes Policy-Lernen nicht wünschenswert erscheinen lassen. Hinzukam, dass Spahn trotz einiger Gemeinsamkeiten mit den Mitgliedern des Fehlverteilungskollektivs hauptsächlich die Attraktivität und die Arbeitsbedingungen in der ambulanten medizinischen Versorgung verbessern wollte. Die in Abbildung 134 dargestellten Policy Core Beliefs waren dabei nicht hilfreich, teils auch schädlich bei der Verwirklichung dieses Ziels. Folglich standen auch die Intentionen einer grundlegenden Belief-Diffusion im Wege.

Abbildung 134: Von Spahn nicht erlernte Policy Core Beliefs des Fehlverteilungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden | mittelstark hemmend | hemmend | gering | leicht hemmend | sehr schwach herausfordernd | irrelevant |
| Es gibt nicht allgemein Unterversorgung | mittelstark hemmend | irrelevant | gering | leicht hemmend | sehr schwach herausfordernd | leicht herausfordernd |

Ein ähnlicher Befund ergab sich auch für den nicht vertretenen Policy Core Belief „*Es droht allgemein Unterversorgung*“ des Unterversorgungskollektivs. Hier bestand zwar grundsätzlich ein mittelhoher *analytischer Zugang* und eine mittelstark herausfordernde *soziale Kohäsion*, aber dafür waren die *selektive Wahrnehmung* sowie die Variable *Ereignisse und Informationen* teils hemmend, teils stark hemmend ausgeprägt. Der Policy Core Beliefs wäre zudem nicht mit den bereits vertretenen Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ und „*Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten*“ vereinbar gewesen. Spahn behielt trotz des Wunsches nach einer Steigerung der Attraktivität des Arztberufes auch die Kosten der GKV im Auge und wollte Überversorgung vermeiden. Dieses Ziel wäre durch eine radikalere Ausrichtung an den Beliefs des Unterversorgungskollektivs konterkariert worden, so dass auch auf dieser Seite kein grundlegendes Policy-Lernen erfolgte.

Abbildung 135: Von Spahn nicht erlernte Policy Core Beliefs des Unterversorgungskollektivs

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|---------------------------------------|--------------------------|---|------------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Es droht allgemein Unterversorgung | mittelstark hemmend | irrelevant | mittelhoch | irrelevant | mittelstark herausfordernd | stark hemmend |

Spahns Policy Core Beliefs befanden sich in einem Gleichgewicht, in dem sowohl jene mit Bezug zu Unterversorgung als auch jene zum Thema Über- und Fehlversorgung durch insgesamt bestärkende Konfigurationen der Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen geschützt wurden. Dabei waren die Variablen *selektive Wahrnehmung* und *analytischer Zugang* bei den Policy Core Beliefs mit Bezug zum Unterversorgungskollektiv stärker bestätigend ausgeprägt als bei jenen mit Bezug zum Fehlverteilungskollektiv. Die Variablen *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* sowie *devil shift* konnte ebenfalls nur zugunsten der Beliefs zum Thema Unterversorgung nachgewiesen werden. Dagegen wurden viele Policy Core Beliefs noch durch die von Spahn aufgegriffenen *Informationen* bestärkt, die auf die Existenz sowohl von Über- als auch von Unterversorgung hindeuteten. Der einzelne Policy Core Belief „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ war ein Sonderfall, der von den wichtigsten Vertretern beider Kollektive und der Mehrheit der einflussreichen Akteure geteilt wurde. Daher wirkten hier insbesondere die Variablen *analytischer Zugang* und *soziale Kohäsion* bestätigend. Auch die meisten von Spahn gehaltenen Policy Core Beliefs wurden durch eine sehr stark bestätigende *soziale Kohäsion* geschützt. In Hinblick auf Spahns Intentionen – eine Reform der Bedarfssteuerung mit Schwerpunkt auf einer Steigerung der Attraktivität des Arztberufes bei gleichzeitiger Vermeidung von regionaler Überversorgung und größeren Ausgabensteigerungen – wurde klar: Weder eine grundlegende Belief-Löschung noch eine grundlegende Belief-Veränderung wären geeignet gewesen, dieses Gleichgewicht besser zu realisieren. Sie hätten im Gegenteil eine Schwerpunktbildung zugunsten eines der beiden Kollektive nach sich gezogen und damit einen der höherrangigen Beliefs gefährdet. Es konnten

auch keine Anzeichen für eine starke Herausforderung gefunden werden, derer es für einen solchen Lernprozess bedurft hätte.

Abbildung 136: Unveränderte Policy Core Beliefs in Spahns Belief-System

| Belief | selektive Wahrnehmung | Erfahrung mit gegnerischen Argumenten | analytischer Zugang | devil shift | soziale Kohäsion in Summe | Ereignisse u. Informationen |
|--|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung | mittelstark bestätigend | irrelevant | gering | leicht herausfordernd | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden | irrelevant | irrelevant | sehr hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Unterversorgung sollte vermieden werden | irrelevant | irrelevant | hoch | irrelevant | sehr stark bestätigend | bestätigend |

| | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------|------------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Überversorgung sollte vermieden werden | mittelstark bestätigend | irrelevant | gering | leicht herausfordernd | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten | mittelstark bestätigend | irrelevant | gering | leicht herausfordernd | sehr stark bestätigend | bestätigend |
| Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden | mittelstark bestätigend | bestätigend | mittelhoch | leicht bestätigend | schwach bestätigend | irrelevant |

5.8 Zusammenfassung zu den Akteuren und Überprüfung der Forschungshypothesen

Mit den Ergebnissen aus der empirischen Untersuchung schließt sich der Kreis zu der eingangs zitierten Ermunterung von Jenkins-Smith und seinen Kollegen, an der Weiterentwicklung des ACF mitzuwirken. In diesem Kapitel wird auf die in den Abschnitten 3.3 beziehungsweise 4.3.3 erarbeiteten Forschungshypothesen bzw. Nullhypothesen rekurriert und geprüft, ob sie sich als zutreffend erwiesen haben. Zudem ergaben sich einige Erkenntnisse aus der Belief-Analyse der zehn Beispiel-Akteure, die in die ACF-Forschung zurückgespiegelt werden können. Zuletzt wird in diesem Abschnitt auf die Ergebnisse des Reliabilitätstests eingegangen.

Belief-Verteilungen

Ähnlich wie für das gesamte Subsystem, ergab sich auch für die Beispiel-Akteure der Befund, dass Secondary Aspects eine deutliche Mehrheit im Belief-Volumen insgesamt ausmachten, die Beliefs der supra-Subsystem-Ebene und der Policy Core-Ebene dagegen überdurchschnittlich häufig zu den Volumen-stärksten Beliefs gehörten (vgl. Abschnitt 5.6). Für die Policy Core Beliefs, die *per definitionem* für viele Subsystem-Mitglieder salient sind, war dies zu erwarten, aber es zeigte auch nochmals die Bedeutung der Einflüsse anderer Subsysteme.

Abbildung 137: Summe der Beliefs pro Ebene aller Beispiele-Akteure

| Ebene | supra-Subsystem | Policy Core Beliefs | Secondary Aspects |
|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Top 5 | 7 (14 %) | 23 (46 %) | 20 (40%) |
| Top 10 | 18 (18 %) | 43 (43 %) | 39 (39 %) |
| Insgesamt | 89 (9,4 %) | 138 (14,6 %) | 717 (76 %) |

Quelle: Datenbank

Abbildung 138: Volumen der Beliefs pro Ebene aller Beispiel-Akteure

| Ebene | supra-Subsystem | Policy Core Beliefs | Secondary Aspects |
|-----------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Top 5 | 77 (13 %) | 305 (51 %) | 215 (36%) |
| Top 10 | 177 (17,3 %) | 466 (45,7 %) | 376 (37 %) |
| Insgesamt | 416 (12,8 %) | 825 (25,4 %) | 2005 (61,8 %) |

Quelle: Datenbank

Bei der Betrachtung im Detail zeigte sich aber, dass von diesem Durchschnittswert teils deutliche Abweichungen existierten. So waren die fünf häufigsten Beliefs im Fall Richter alle Secondary Aspects, während Rösler vier Policy Core Beliefs und nur einen Secondary Aspect vertrat. Aus dem Fall Richter lässt sich daher schließen, dass Beliefs, welche insgesamt als Secondary Aspects zu bewerten sind, für einzelne Akteure den Rang von Policy Core Beliefs einnehmen können. Die Spreizung bei den zehn Volumen-stärksten Beliefs der Akteure reichte von zwei bis sechs Policy Core Beliefs. Dies zeigt auch, dass nicht jeder individuelle Akteur die Verbreitung von Policy Core Beliefs als oberstes Ziel seiner Kommunikation im Subsystem betrachtet. Innerhalb der supra-Subsystem-Ebene wurden Deep Core Beliefs nur selten oder gar nicht geäußert. Dafür spielten übergeordnete Beliefs aus anderen Subsystemen eine wichtige Rolle, um die Policy Core Beliefs im Subsystem Bedarfssteuerung zu begründen. Dazu gehörten Fragen der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, die Finanzierung der GKV, der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen von Ärzten. Man würde Interaktion und Veränderungen im Subsystem Bedarfssteuerung nicht verstehen, wenn man diese Einflüsse außer Acht lassen würde.

Besonders bei Köhler, von Stackelberg, Montgomery, Hoppe und Richter fiel auf, dass sie in ihren Belief-Systemen immer auch einen Schwerpunkt auf Akteurs-bezogene Beliefs setzten. Dies fand in zweierlei Form statt. Zum einen äußerten sie Beliefs, die den Mitgliedern der von ihnen vertretenen Organisationen zugutekamen. So profitierten die Krankenkassen von der durch von Stackelberg geforderten Begrenzung des Kostenanstiegs für die GKV, die Ärzte

dagegen von einer Vergrößerung der Ausgaben, wie sie Köhler, Montgomery oder Hoppe unterstützten. Richter, der Präsident der Bundeskammer für Psychotherapeuten, setzte sich dagegen stark dafür ein, dass mehr Arztsitze für Psychotherapeuten ausgewiesen wurden. Zum anderen forderten Montgomery und Hoppe in der dritten Phase des Untersuchungszeitraums, die Ärztekammern stärker an der Bedarfssteuerung zu beteiligen und äußerten also auch Akteurs-bezogene Beliefs über die eigene Organisation. Wie die Beispiel-Akteure gezeigt haben, machten diese Art von Beliefs aber nur einen kleineren Teil des gesamten Belief-Systems aus. Im Rahmen der Fallstudie konnten keine prinzipiellen Hindernisse gefunden werden, die einer Formulierung von Interessen im ACF als Beliefs unter dem Verzicht auf theoretische Kriterien, wie Objektivität oder Stabilität, im Wege gestanden hätten.

Fazit zur Forschungshypothese 1

Damit das Konzept individueller Intentionen im Rahmen des VIM operationalisiert werden konnte, musste als Vorbedingung ein Beleg dafür gefunden werden, dass Akteure einen Policy Core Belief entweder aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs oder übergeordneten Beliefs entwickeln können. Diesem Konzept wurde die Nullhypothese 1 entgegengestellt.

Forschungshypothese 1: *Policy Core Beliefs können aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs oder den Beliefs übergeordneter Subsysteme entwickelt werden.*

Nullhypothese 1: *Jeder Policy Core Belief wird nur aus einem einzigen übergeordneten Belief oder Deep Core Belief abgeleitet.*

Es zeigte sich, dass alle Beispiel-Akteure in der dritten Phase den Policy Core Belief „Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden“ vertraten. Allerdings wurde bei Köhler, Montgomery, Hoppe und Kopetsch damit die Forderung nach einer Steigerung der Attraktivität und der Arbeitsbedingungen des Arztberufes mit Anreizen verbunden. Zudem beklagten sie ein Übermaß an Bürokratie in der ambulanten Versorgung und forderten mehr Geld für diesen Sektor des Gesundheitswesens. Demgegenüber plädierte von Stackelberg als Vertreter der Krankenkassen für eine Begrenzung der Ausgabensteigerung für die GKV.

Abbildung 139: Verteilung und Volumen von Beliefs der supra-Subsystem-Ebene bei einigen Beispiel-Akteuren in der dritten Phase

| | Köhler | Hoppe | Montgomery | Kopetsch | v. Stackelberg |
|--|--------|-------|------------|----------|----------------|
| Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen | | | | | 10 |
| Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden | 6 | 9 | 11 | 6 | |
| Es sollte Kollektivverträge für ambulante Ärzte geben | 3 | | | | |
| Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben | | | | | 2 |
| Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden | | 1 | 5 | | 3 |
| Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren | 2 | 4 | 1 | | |
| Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben | 1 | | | | |
| Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden | 9 | 5 | 14 | 3 | |
| Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein | 14 | 3 | 1 | 4 | |
| Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden | 2 | | 1 | | 2 |
| Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung | 5 | 10 | 8 | 5 | |
| Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut | | | | | 8 |
| Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 13 | | | 8 | |
| Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit | 2 | 1 | 3 | 8 | |
| Ärzte werden zu stark belastet | | 4 | 4 | 1 | |
| Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden | 4 | 11 | 8 | 5 | |

Quelle: Datenbank

Ähnlich verhielt es sich mit dem Policy Core Belief „*Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung*“. Von Stackelberg schätzte die ambulante Versorgung in Deutschland insgesamt als gut ein und wollte den Anstieg der Kosten der GKV begrenzen. Für ihn war lokale Unterversorgung daher nur ein Aspekt von Fehlverteilungen, während Überversorgung an anderen Orten insgesamt überwog und teure Folgekosten nach sich zog. In der Konsequenz sollte für ihn Unterversorgung durch den Abbau von Überversorgung bekämpft werden, hierbei floss auch seine Präferenz für eine Bedarfssteuerung durch Selektivverträge mit ein. Ganz anders die übrigen Beispiel-Akteure aus Abbildung 139: Sie gingen davon aus, dass die Ärzte im deutschen Gesundheitswesen zu stark belastet würden und der ambulante Sektor nicht attraktiv genug für junge Ärzte sei. Auch entstünde durch den technischen Fortschritt ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit. In der Folge war lokale Unterversorgung nur ein Vorbote beziehungsweise die örtliche Ausprägung allgemein drohender oder existierender Unterversorgung. In diesem Bild schien es angezeigt, Unterversorgung eher mit Anreizen zu bekämpfen. Selbst untereinander unterschieden sich diese vier Beispiel-Akteure in der Begründung ihrer Policy Core Beliefs: Während Köhler und Kopetsch aus dem demographischen Wandel eine Steigerung des Bedarfs folgerten, ignorierten Hoppe und Montgomery diesen Belief. Auch über die Beispiel-Akteure hinaus konnten unterschiedliche Argumentationsmuster bei der Begründung von Policy Core Beliefs beobachtet werden. Beispielsweise begründeten in der ersten Phase die Vertreter der Krankenkassen sowie Politiker von CDU, CSU, FDP und SPD die Forderung von Zulassungssperren tendenziell mit der Sorge um die finanzielle Stabilität der GKV, während Akteure mit Bezug zu den niedergelassenen Ärzten eher deren finanzielles Wohlergehen im Auge hatten. Die Forschungshypothese konnte also sowohl für das Subsystem als Ganzes, wie auch für die Beispiel-Akteure bestätigt werden: Obwohl mehrere Beispiel-Akteure einen Policy Core Belief teilten, unterschieden sie sich deutlich in der Argumentation, mit dem sie zu diesem Belief gelangten. Zudem kommt diese Studie damit zu einem ähnlichen Ergebnis, wie Larsen, Vrangbæk und Traulsen bei ihrer Analyse der dänischen Apotheken-Politik: Es gibt Subsysteme, bei denen keine scharfe Trennung anhand der Policy Core Beliefs stattfindet, sondern bei denen eine individuelle Mischung aus Übereinstimmung und Polarisierung vorherrscht (2006). Daher wäre die Schärfung der ACF-Hypothesen zur Koalitionsformierung, so wie sie Jenkins-Smith und seine Kollegen fordern (2014, S. 205), zu begrüßen. Einen Beitrag dazu könnte die Nutzung des Intentionen-Konzepts bieten. Dabei wären nicht mehr einzelne Policy Core Beliefs

entscheidend für die Formierung von Koalitionen beziehungsweise Kollektiven, sondern deren Gesamtheit. So würden auch Abweichungen im Einzelfall erklärbar bleiben. Die Fälle Hoppe und Montgomery zeigten zudem, dass zumindest manche Akteure eine größere Zahl von übergeordneten Beliefs besitzen, die für das untersuchte Subsystem an Bedeutung gewinnen oder verlieren können. Übergeordnete Beliefs sollten daher stärker im Belief-System-Modul des ACF berücksichtigt werden, um Fälle, in denen Einflüsse anderer Subsysteme eine wichtige Rolle spielen, besser erklären zu können. Da diese Einflüsse an sich bereits im ACF anerkannt werden (Jenkins-Smith et al. 2014, S. 194), würde eine solche Anpassung den Ansatz auf der theoretischen Ebene nicht besonders stark verändern und er wäre auf noch mehr Fälle der Politikfeldanalyse anwendbar.

Ego-, alter und Objekt-zentrierte Variablen

Die Beispiel-Akteure zeigten, dass selbst in einem einzigen Subsystem eine Vielzahl von Variablen-Kombinationen herausfordernd oder bestätigend auf einen Policy Core Belief einwirken können. Daher muss man davon ausgehen, dass ihre Stärke auch je nach Untersuchungsgegenstand variiert. Um allgemeinere Aussagen über ihre Stärke und Schwäche in spezifischen Situationen treffen zu können, sind daher komparative Untersuchungen über verschiedene Subsysteme hinweg notwendig. In diesem Subsystem wirkte bei einigen der untersuchten Akteure ein starkes oder sehr starkes Maß von *selektiver Wahrnehmung* lernhemmend gegenüber den herausfordernden Policy Core Beliefs des jeweils gegnerischen Kollektivs, während sie meist eine Vielzahl der Beliefs ihrer favorisierten Seite teilten. Lediglich bei Richter konnte eine annähernd gleichstarke *selektive Wahrnehmung* ermittelt werden. Diese Ungleichgewichtung galt auch für die einflussreichen Akteure Bahr, Rösler und Spahn, wenn auch in schwächerem Ausmaß als beispielsweise bei Montgomery oder von Stackelberg. Dagegen war die Variable *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten* sehr individuell ausgeprägt, so dass als einende Klammer an dieser Stelle lediglich festgestellt werden kann, dass bis auf den Akteur Kopetsch alle untersuchten Akteure explizite Gegen-Argumente gegen bestimmte Beliefs ausbildeten. Auch wenn der *analytische Zugang* insgesamt meist einseitig zugunsten eines Kollektivs ausfiel, referenzierten sieben von zehn Akteuren ähnliche Statistiken und Studien von KBV, BÄK und den Verbänden der Krankenkassen über die wichtigsten Parameter des ambulanten Sektors. Auch bei den übrigen drei Akteuren konnte die Nutzung von Statistiken beobachtet werden, allerdings konnte hier nicht ermittelt werden, auf welche

Grundlage sich die Akteure dabei bezogen. Dennoch wurde dies als Beleg gewertet, dass das Konfliktniveau in diesem Subsystem geringer war, als bei einem Subsystem, bei dem sich die Akteure nicht einmal auf solche Gemeinsamkeiten einigen konnten. In Relation zu der Gesamtmenge an Statements wurden nur wenige Fälle von *devil shift* erfasst. Dies fügte sich ebenfalls in das Gesamtbild des Subsystems ein, in dem durch freiwillige oder erzwungene Kooperation sowie Kollektiv-übergreifende Beliefs im Vergleich mit anderen Subsystemen (Munro 1993) ein eher geringes Konfliktniveau herrschte. Stattdessen stellte das Subsystem eher fachliche *Informationen* in den Mittelpunkt, so dass die Akteure durch arbeitsteilige Forschung innerhalb ihres Kollektivs Erklärungsmuster für die Beliefs der Gegenseite entwickeln konnten. Diese wurden über einen kontinuierlichen Zeitraum gewonnen und bezogen sich sowohl auf Parameter der Bedarfssteuerung als auch auf Daten aus anderen Subsystemen. *Informationen*, etwa über die Arbeitslosigkeit unter Ärzten oder die Zu- und Abnahme einzelner Arztgruppen dienten zur Begründung von Reformen des politischen Programms, das wurde insbesondere bei den Ministern Rösler und Bahr sowie bei Kopetsch deutlich. Externe *Ereignisse* spielten dagegen nur eine untergeordnete Rolle.

Fazit zur Forschungshypothese 2

Da die Policy Core Beliefs in ihrer Definition keine natürlichen Stabilitäts-Kriterien wie einen Abstraktionsgrad mehr enthielten (Sabatier 1998, S. 110), wurde unter Zuhilfenahme der theoretischen Überlegungen von Fishbein und Ajzen (2010) das Konzept der Intentionen in den ACF eingebracht. Dabei wurde postuliert, dass es auf der Ebene der Policy Core Beliefs keine Veränderungen gibt, solange nicht nur die Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen lernfördernd ausgeprägt sind, sondern ein Akteur auch annimmt, dass die vorhandenen Policy Core Beliefs seine übergeordneten Beliefs nicht optimal umsetzen. Da sich die politische Umwelt einerseits wandelt und die Akteure zwischen den wahrgenommenen Vor- und Nachteilen des Status Quo sowie der alternativen Policy Core Beliefs unterscheiden können, sind sie in der Lage, auch Policy Core Beliefs zu verändern oder zu löschen oder neue Policy Core Beliefs zu erwerben. Lernprozesse auf der Ebene der Policy Core Beliefs sind aber seltener als bei den Secondary Aspects, da sie durch ihre größere Nähe zu den Deep Core Beliefs und den übergeordneten Beliefs normalerweise von starken Beharrungskräften geschützt werden. Grundlegendes Policy-Lernen findet nur statt, wenn diese Beharrungskräfte durch eine

Mischung aus einer herausfordernd ausgestalteten Variablen-Konstellation sowie Kompatibilität zu den Intentionen überwunden werden:

Forschungshypothese 2: *Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief nur dann verändern, hinzufügen oder löschen, wenn die Stärke der herausfordernden Phänomene jene der Beharrungskräfte übersteigt und der Lern-Prozess zu einer verbesserten Realisierung seiner Intentionen passt. Umgekehrt wird er seine Policy Core Beliefs nur dann aufrechterhalten, wenn die Beharrungskräfte stärker ausgeprägt sind, als die herausfordernden Phänomene und er seine höherrangigen Beliefs weiterhin optimal damit umsetzen kann.*

Dem wurden die Nullhypothesen 2 und 3 entgegengestellt:

Nullhypothese 2: *Es werden keine Policy Core Beliefs eines individuellen Akteurs verändert, hinzugefügt oder gelöscht, obwohl die Variablen stark zugunsten von grundlegendem Policy-Lernen ausgeprägt sind und sich so die Intentionen besser umsetzen ließen.*

Nullhypothese 3: *Es werden Policy Core Beliefs eines individuellen Akteurs verändert, hinzugefügt oder gelöscht, obwohl die Variablen stark zugunsten von grundlegendem Policy-Beharren ausgeprägt sind und sich so die Intentionen nicht besser umsetzen ließen.*

Bei allen Beispiel-Akteuren wurde die Forschungshypothese 2 bestätigt und die Nullhypothesen 2 und 3 widerlegt: Es konnte kein Fall von grundlegendem Policy Lernen beobachtet werden, bei dem ein Policy Core Belief verändert, gelöscht oder hinzugefügt wurde, obwohl es nur Belege für eine schwache Herausforderung und starke Beharrungskräfte sowie eine geringe Kompatibilität zu den Intentionen gab. Umgekehrt gab es keinen Fall, bei der die Variablen-Struktur ebenso wie die Kompatibilität zu den Intentionen einen starken Lernanreiz geboten hätten und dennoch kein grundlegendes Policy-Lernen erfolgt wäre. Bei den Fällen von politischem Policy-Lernen schienen die Akteure vor allem einen Ausgleich oder eine Verfeinerung ihres Belief-Systems bei einer gleichzeitigen Aufrechterhaltung ihrer Intentionen im Sinn gehabt zu haben. Der Fall erinnerte darin an Küblers Erkenntnisse über das taktische Lernen der „harm reduction coalition“, deren Mitglieder einen Ausgleich mit der „neighbourhood quality of life coalition“ suchten, um ihre Beliefs für die Schweizer Drogenpolitik umzusetzen (1999). Die Untersuchung zeigte, dass grundlegende Lernprozesse

individueller Akteure keine Seltenheit waren.⁵⁶ Bei sechs der zehn Beispiel-Akteure konnten Veränderungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs erfasst werden. Dabei konnten fünf Phänomene beobachtet werden:

Erstens fand Belief-Diffusion deutlich häufiger statt als Belief-Löschung. Dies war Ausdruck einer Verfeinerung und Weiterentwicklung der Belief-Systeme. Wenn etwa Kopetsch zusätzlich zu Beliefs über *drohende* auch solche über *existierende* Unterversorgung erwarb, lag das hauptsächlich daran, dass er auf der Grundlage von *Informationen* von einer Verschlechterung der ambulanten Versorgung ausging. Dagegen konnte Köhler sich durch die Übernahme der Policy Core Beliefs „*Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung*“ und „*Überversorgung sollte vermieden werden*“ als ausgeglichener Partner der Regierungsmehrheit im Bundestag im Vorfeld des GKV-VStG präsentieren. Grundlegende Belief-Veränderungen konnten bei keinem der Beispiel-Akteure nachgewiesen werden. Das deutet darauf hin, dass Akteure zwar ihre Policy Core Beliefs erweitern oder reduzieren, aber nur selten dabei eine andere Meinung zu einem bestimmten Gegenstand entwickeln. Die meisten Lernfälle zeigten zweitens, dass es schwer ist, zwischen den drei Formen des Lernens zu unterscheiden. So erlernten beispielsweise Hoppe und Montgomery neue Policy Core Beliefs als Folge einer Neu-Bewertung des Subsystems, was als soziales Policy-Lernen bewertet wurde. Die alten Instrumente der Bedarfszulassung verloren in diesem Prozess aber auch ihre bedrohliche Wirkung, so dass die Policy Core Beliefs, in denen sie abgelehnt wurden, in Form von instrumentellem Policy-Lernen gelöscht wurden. Da Hoppe und Montgomery in zahlreichen Subsystemen tätig waren, konnte man die Lern-Prozesse auch als politisches Lernen zur besseren Umsetzung übergeordneter Beliefs charakterisieren. Diese Beobachtung stand aber nicht in Widerspruch mit den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit und des ACF, so dass sich hieraus keine Notwendigkeit zu einer entsprechenden Revision ergab. Die Beispiel-Akteure Hoppe und Montgomery zeigten auch, dass Policy Core Beliefs an Relevanz verlieren und grundlegenden Belief-Löschungen unterliegen können. Zur Erinnerung: Wie in Abschnitt 4.3.3 dargelegt, muss ein Akteur deswegen nicht zwangsläufig den entsprechenden Belief auch persönlich verwerfen. Im Rahmen dieser Untersuchung lag das Interesse bei grundlegenden Belief-Löschungen und -Änderungen ausschließlich darauf, ob er ihn dauerhaft in seiner ursprünglichen Formulierung nicht mehr im politischen Diskurs gebrauchte. Dies war bei Montgomery und

⁵⁶ Es gab natürlich auch Lernprozesse auf der Ebene der Secondary Aspects, die an dieser Stelle nicht beleuchtet wurden. Sie können für die Beispiel-Akteure innerhalb der Datenbank nachvollzogen werden.

Hoppe der Fall. Dadurch, dass ausschließlich empirisch geprägte Policy Core Beliefs existierten, waren auch als drittes Phänomen die erlernten oder gelöschten Beliefs ausschließlich empirischen Inhalts. Wenn die empirischen Policy Core Policy Preferences grundsätzlich leichter zu verändern sind als normative Policy Core Beliefs, würde dies die relative Vielzahl an Lernfällen begründen. Es konnten dabei sowohl Fälle beobachtet werden, die als Gelegenheits-Lernen charakterisiert wurden, als auch solche, die eher durch Forschung entstanden. Beispiele für ersteres wären die Fälle Köhler und von Stackelberg, während die Diffusion der Beliefs zum Thema Unterversorgung im Fall Kopetsch das Ergebnis kontinuierlicher Wissensaufnahme war. Der Fall Kopetsch und seines Gutachtens zeigte, dass Policy Core Beliefs in Eigenleistung erarbeitet werden können, während Montgomery und Hoppe sie von diesem und damit als Kopie übernahmen. Als viertes Phänomen konnte nur schwer zwischen Akteurs- und System-bezogenen Policy Core Beliefs unterschieden werden. Ein prominentes Beispiel war der Policy Core Belief „*Übersorgung erzeugt unerwünschte Kosten*“ in der ersten und zweiten Phase des Untersuchungszeitraums. Die Kosten von Übersorgung zu problematisieren, bedeutete vor allem für die Vertreter der Krankenkassen und der jeweiligen Bundesregierung nicht nur die Grundlage, um das Subsystem durch Reformen finanziell zu stabilisieren. Eine Verringerung des Ausgaben-Anstiegs im ambulanten Sektor half auch, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt nicht ansteigen zu lassen und somit die Position gegenüber den Versicherten beziehungsweise Wählern zu stärken. Auch die erlernten oder gelöschten Policy Core Beliefs waren nie eindeutig nur einer der beiden Kategorien zuzuordnen. Es zeigte sich, dass unterschwellig in den meisten Lernfällen auch ein Vorteil für die Organisation des Beispiel-Akteurs abgeleitet werden konnte. Fünftens waren die Intentionen nicht nur wichtig, um zu verstehen, warum ein Akteur einen Policy Core Belief vertrat, sondern auch, warum er ihn erlernte, veränderte oder löschte. Dass Vilmar den Belief „*Es droht allgemein Übersorgung*“ nicht mehr äußerte, wurde schlüssig, wenn man sah, dass er ein entschiedener Anhänger der ärztlichen Freiberuflichkeit war und unter anderem dieser Belief zur Begründung von Zulassungssperren herangezogen wurde. Erst dadurch, dass er damit Zulassungssperren das Wort redete, wurde er unattraktiv. Alle fünf Phänomene erinnerten an Ebergs Fazit zur Abfallwirtschaft und Müllverbrennung in den Niederlanden und Bayern (Eberg 1997, S. 210–212). Auch er berichtet von grundlegendem Lernen vor allem als Ausweitung von Policy-Konzepten, die allerdings seltener stattfand als Lernen auf einer instrumentellen Ebene.

Zudem besaßen Lern-Prozesse auch hier mehrere Dimensionen, etwas zu anderen Lern-Phänomenen und externe Einflüsse hatten eine große Wirkung innerhalb des Subsystems.

Ehe man grundlegende Lernprozesse als gängiges Phänomen klassifiziert, sollte man beachten, dass sie im untersuchten Fall immer vor dem Hintergrund eines Subsystems stattfanden, dass wenig statisch war und über einen Zeitraum von 31 Jahren betrachtet wurde. Es war von Ein- und Austritten individueller Akteure sowie weitreichenden Veränderungen im Bereich seiner Inhalte geprägt. Diese Parameter könnten bessere Bedingungen für die Entstehung von Lernprozessen geboten haben, als dies bei anderen Subsystemen oder einem kürzeren Untersuchungszeitraum der Fall gewesen wäre. Auch unterlagen die Akteure sehr unterschiedlich ausgeprägten Kräften, welche zu Lernen und Nicht-Lernen führten. Policy Core Beliefs wurden trotz teilweise ähnlicher Belief-Systeme nicht durchgehend vertreten oder umgekehrt vertreten, obwohl die Belief-Systeme trotz bestimmter Gemeinsamkeiten auseinanderklafften. Pauschale Erklärungen von Lernprozessen sind daher anfällig, manche der beobachteten Faktor-Kombinationen systematisch zu übersehen.

Ergebnisse des Reliabilitätstests

Wie in Abschnitt 4.2.1 beschrieben, wurde ein Reliabilitätstest für die codierten Aussagen der zehn Beispiel-Akteure durchgeführt. Die Stichproben waren gleichmäßig zwischen diesen aufgeteilt und machten 30 aus 440 beziehungsweise 6,8 Prozent ihrer Statements aus. Als Ergebnis akzeptierten die Zweit-Codierer insgesamt 357 der 390 Einträge in diesem Ausschnitt der Datenbank, dies bedeutete eine Übereinstimmung von insgesamt 91,54 Prozent (vgl. Abschnitt 7.3). Diese wurde als ausreichend hoch bewertet, um sagen zu können, dass auch nicht mit dem Thema vertraute Personen zu einer sehr ähnlichen Bewertung der Aussagen der Beispiel-Akteure im Subsystem kamen. Systematische Diskrepanzen zwischen der Codierung durch den Autor und der Akzeptanz der Zweit-Codierer gab es bei keinem Belief, so dass eine Überarbeitung der codierten Beliefs und der Datenbank nicht notwendig wurde.

6 Fazit

Hinter dieser Arbeit stand die Grundüberlegung, dass Policy Core Beliefs und grundlegendes Policy-Lernen aus derart vielfältigen Teil-Phänomenen bestehen, dass ohne deren begriffliche Identifikation die Analyse der Verbindung zwischen beiden Komplexen erratisch ausfallen müsste. Daher wurde klargestellt, dass in der Definition von Jenkins-Smith und seinen Kollegen

Policy Core Beliefs sowohl empirisch als auch normativ geprägt sein können und als weitere Kriterien lediglich in Reichweite und Inhalt das gesamte Subsystem umspannen müssen (2014, S. 191). Für grundlegendes Policy-Lernen wurde definiert, dass es durch langjährige Forschung oder spontanes Gelegenheitslernen und durch Kopie oder Eigenleistung erzeugt werden kann. Lernprozesse umfassten die Diffusion, Veränderung oder Löschung von Policy Core Beliefs. Es galt zudem, zwischen dem Lerninhalt zu unterscheiden: Wurde die Haltung zu einer Maßnahme durch instrumentelles Policy-Lernen angepasst, die Sichtweise auf die soziale Konstruktion eines Problems in einem Fall von sozialem Policy-Lernen verändert oder eine Taktik durch politisches Lernen adaptiert? Für diese Arbeit kann man sagen, dass die Aussagen über die Stabilität von Policy Core Beliefs ganz wesentlich davon abhängen, welche Aspekte dieser Komplexe man betrachtet. Wenn man etwa Policy-Lernen nur als Belief-Veränderung definiert, dann fand es bei den Beispielakteuren gar nicht statt. Wenn man dagegen auch Belief-Diffusion oder Belief-Löschung einbezieht, gab es zahlreiche grundlegende Lernprozesse. Sie waren – ganz wie Radaelli sagt – ab einer gewissen Verweildauer des Akteurs im Subsystem sogar kaum zu vermeiden (2009). Daneben ergaben sich noch vier weitere Haupt-Erkenntnisse:

- Mit der Kombination aus einer Belief-Analyse und einer Dokumenten-Analyse lassen sich detaillierte Beliefs und Intentionen für zahlreiche Akteure erfassen, das Konzept der Intentionen hilft dabei, individuelle Ziele von Akteuren exakt zu beschreiben
- Wenn man von grundlegendem Policy-Lernen spricht, meint man meistens die Belief-Diffusion neuer Policy Core Beliefs
- Externe geistige Einflüsse können für den Diskurs in einem Subsystem eine entscheidende Rolle spielen
- Policy Core Beliefs sind nur in Abhängigkeit von ihren übergeordneten Beliefs stabil

Methodisch bewährte sich die Durchführung einer Dokumentenanalyse und die Nutzung eines 30-jährigen Untersuchungszeitraums. Die beiden wichtigsten Anpassungen des politischen Programms – die Verschärfung der Bedarfssteuerung im GSG von 1992 und die Bekämpfung von Unterversorgung im GKV-VStG von 2012 – lagen so weit auseinander, dass zumindest für die erste Phase zahlreiche Akteure aufgrund von Tod oder Ruhestand nicht mehr mit Interviews oder Fragebögen hätten befragt werden können. Auch angesichts der Vielzahl der Akteure und der Beliefs im Subsystem wäre eine individuelle Befragung nicht zu leisten gewesen. Die aus bestehenden Konzepten im ACF oder kompatiblen Arbeiten der Politikfeldanalyse erarbeiteten

Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen waren zwar grundsätzlich geeignet, Motivationslagen für grundlegendes Policy-Lernen oder -Beharren nachzuvollziehen. Sie waren allein aber nicht genug, besondere Formen von Policy-Lernen und Policy-Beharren zu erklären. Insbesondere darzustellen, wie in einem Paradigmen-Wechsel Beliefs, zu denen ein hoher *analytischer Zugang* besteht, durch solche mit einem noch höheren *analytischen Zugang* abgelöst werden, wäre allein mit Hilfe der Variablen nur schwer möglich gewesen. Diese Individualität konnte dagegen mit dem Konzept der Intentionen dargestellt werden. Es erscheint daher sinnvoll, die Lernvariablen des ACF mit diesem oder einem ähnlichen System zu kombinieren, um das Ausmaß ihrer Wirksamkeit bestimmen zu können. Intentionen können auch auf größere Gebilde, wie Organisationen oder Koalitionen angewandt werden. Allerdings gilt hier natürlich, dass die Intentionen ihrer Mitglieder auch zumindest in den zu untersuchenden Subsystemen einheitlich sein müssen. Andernfalls ist es sinnvoller, die sozialen Körper zunächst in Fraktionen zu unterteilen. Auf diese Weise können beispielsweise inhaltliche Auseinandersetzungen in Parteien nachvollzogen werden.

Sowohl bei Eberg als auch bei Kübler wurde die Verbreitung von grundlegenden Policy-Konzepten als Erweiterung zu bestehenden Annahmen beschrieben (Eberg 1997; Kübler 1999). Kübler beschreibt den Inhalt dieser Erweiterung zwar nur als substanzielles sekundäres Element (Kübler 1999, S. 131). Allerdings wurden Policy Core Policy Preferences auch erst im selben Jahr den Policy Core Beliefs hinzugefügt, so dass es sich dabei nach heutigem Verständnis um einen empirischen Policy Core Belief handelte. Da auch in dieser Arbeit Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs hauptsächlich aus instrumentell geprägten Belief-Diffusionen als Ergänzung zu bestehenden Policy Core Beliefs bestand (vgl. Abschnitt 5.8), sollte das Bild von grundlegendem Policy-Lernen geschärft werden: Als Synthese aus allen drei Arbeiten lässt sich sagen, dass Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs nur selten einer Katharsis gleicht. Stattdessen erweitern Akteure mehrheitlich entweder ihren Handlungsspielraum im Umgang mit anderen Akteuren oder präzisieren ihr Bild vom Zustand eines Subsystems.

Eine ähnliche Nähe im Befund ergab sich auch zur Untersuchung von Jones und Jenkins-Smith über Trans-Subsystem-Dynamiken (2009) sowie von Zafonte und Sabatier zu überlappenden Subsystemen (1998). Jones und Jenkins-Smith hatten festgehalten, dass etwa das Subsystem Klima-Wandel mit sieben anderen Subsystemen in Austausch stand. Im Fall des von Zafonte und Sabatier untersuchten Umgangs mit Wasser im Delta der Bucht von San Francisco

bestanden fünf überlappende Subsysteme. Wie in den Abschnitten 5.6 und 5.8 hervorgehoben, war auch die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens erheblich von externen geistigen Einflüssen geprägt. Gerade in der ersten Phase war sie sogar in hohem Maß nur eine Konkretisierung des Subsystems „Finanzierung des Gesundheitswesens“ und der dort vorherrschenden Politik der Kostendämpfung. Auch die Standespolitik der bereits niedergelassenen Ärzte, wachsende Konkurrenz durch Zulassungssperren zu bremsen, machte sich deutlich bemerkbar. Dies ging sogar so weit, dass Vertreter der ambulanten Ärzte im Jahr 1985 nur dann eine Begrenzung der Ausgabensteigerung auf die Grundlohnentwicklung unterstützen wollten, wenn in einem Junktim gesetzliche Maßnahmen gegen die Niederlassung weiterer Ärzte erfolgten (Deutscher Bundestag 1985, S. 9599–9600; Wekel 1985, S. 645). Dagegen wurde diese Verbindung zwischen der Ausgabenpolitik im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarfssteuerung in der dritten Phase nur von wenigen Akteuren gezogen. Die Stärke derartiger Einflüsse kann sich also ändern und es ist logisch, dass auch mit ihnen begründete Policy Core Beliefs in einem Subsystem an Stärke gewinnen oder verlieren können. Wie sich in der Untersuchung zeigte, können sie sogar derart an Salienz verlieren, dass sie den Status als Policy Core Beliefs einbüßen. Die sich daraus ergebenden möglichen Konsequenzen sind derart komplex, dass sie hier nur skizziert werden können. Sie umfassen unter anderem Veränderungen im Konflikt-Niveau zwischen den Advocacy-Koalitionen, deren Zusammenbruch oder grundlegenden Wandel in einem Subsystem. Daher sollten veränderte geistige Einflüsse anderer Subsysteme als eine gesonderte Form der externen Ereignisse bewertet werden.

Man könnte einwenden, dass es sich bei den identifizierten Beliefs nicht um Policy Core Beliefs handelte und deswegen nur Lernen auf einer untergeordneten Ebene beobachtet wurde. Dagegen sprach aber die hohe Reichweite der betreffenden Beliefs: Sie gehörten zu den am weitesten verbreiteten im Subsystem, sowohl vom Volumen ihrer Äußerungen als auch von der Zahl der sie äussernden Akteure her betrachtet. Zudem hatten die veränderten Beliefs grundlegende Fragen für das gesamte Subsystem zum Inhalt. Daher erscheint es eher angebracht, eine Weiterentwicklung des ACF ins Auge zu fassen. Die wichtigste Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass ein Policy Core Belief nur solange stabil ist, wie seine individuelle Ableitung von einem höherrangigem Belief ungebrochen ist. Ist dies gegeben, kann er trotz einer enormen Herausforderung im Belief-System eines Akteurs verbleiben, dies zeigten die

Beispiele Hoppe, Montgomery und Vilmar. Bei allen drei Beispiel-Akteuren zeigte sich aber auch, dass jahrelang hartnäckig verteidigte Beliefs gelöscht werden können, wenn sich ein Subsystem inhaltlich verändert und neue Chancen mit neuen Policy Core Beliefs realisiert werden können oder ein Policy Core Belief zur Belastung wird. Gleichzeitig hat sich die erste Forschungshypothese erhärtet, da Policy Core Beliefs von den Beispiel-Akteuren aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs abgeleitet wurden. Mit Blick auf die eben erwähnte Überlappung von Subsystemen und ihre Einflüsse aufeinander wird klar, dass es zahlreiche Szenarien in der Beziehung der Policy Core Beliefs zu der Welt außerhalb des Subsystems geben kann. Subsysteme haben also keine absolute Bedeutung aus sich selbst heraus, sondern nur eine dreifach relative: Im Zeitverlauf, für den einzelnen Akteur und in Bezug zu anderen Subsystemen. Da weitere Szenarien vermutet werden, in denen grundlegendes Policy-Lernen wünschenswert für den Akteur ist, sollte man Policy Core Beliefs grundsätzlich vom Attribut unbedingter Stabilität befreien. Stattdessen besitzt ein Akteur einen Subsystem-unabhängigen Kern individueller Überzeugungen, der in ein Subsystem hineingetragen wird. Hierunter fallen die klassischen Deep Core Beliefs, aber auch Akteurs-bezogene Beliefs, wie der Wunsch, die eigene Position in einer Institution zu erhalten oder zu verbessern. Für diese Arbeit wurden die übergeordneten Beliefs nur mit einem Minimum an theoretischen Überlegungen versehen. Es wird aber angenommen, dass derartige Beliefs, wie der Wunsch nach einer Reduktion der Bürokratie im Gesundheitswesen oder nach einer Begrenzung des Ausgaben-Anstiegs in diesem Sektor, handlungsleitend und längerfristig über mehrere Subsysteme hinweg wirken können. Daher sollten sie systematisiert in das Konzept der Belief-Systeme integriert werden. Alle übrigen Beliefs leiten sich aus diesem Kern heraus ab und sind veränderlich, falls dies wünschenswert oder erforderlich ist. Im Fall von verschachtelten Subsystemen kann die Logikkette auch mittelbar aufgebaut sein, das heißt, ein Belief wird nicht direkt mit einem Kern-Belief begründet. Mit Hilfe des VIM kann dann nachvollzogen werden, was diese Beziehungen stabilisiert oder schwächt. So erhalten die Beliefs innerhalb eines Subsystems eine für jeden untersuchten Akteur individuelle Bedeutung, die auch deutlich salienter ausfallen kann, als für andere Akteure. Bei der Neufassung der Belief-System-Konzeptualisierung lohnt auch ein Blick über den Tellerrand des ACF: In ihrer Untersuchung über den Umgang mit dem Mediziner-Mangel in Deutschland und Frankreich zeigten Hassenteufel et al., dass man die Wahl der Policy-Instrumente besser versteht, wenn man sie auch als Ergebnis des Wirkens programmatischer Akteure betrachtet, die sich um die

jeweiligen Lösungskonzepte herum, verstanden als Programme, gruppierten (2019). Der zugrundeliegende Programmatic Action Framework unterscheidet sich zwar bei der Erklärung von kollektivem Handeln und Policy-Veränderung derart von den Annahmen des ACF, dass eine Integration nicht ohne Weiteres vorgenommen werden kann (Hornung und Bandelow 2018). Das Konzept des Programms als handlungsleitende, bedingt stabile Zusammenstellung eines konsistenten Gedankengebäudes, wie es Hornung und Bandelow für eine Reihe von Akteuren im deutschen Gesundheitswesen untersucht haben, könnte aber gedanklich die Lücke zwischen den Deep Core Beliefs und potentiell veränderlichen Policy Core Beliefs und Secondary Aspects schließen. Wenn unterschiedliche Trans-Subsystem-Dynamiken im Sinne von Jones und Jenkins-Smith wirksam werden, ist es auch denkbar, dass in unterschiedlichen Szenarien unterschiedliche Verhaltensmuster beobachtet werden können. Um unser Verständnis von situativen Verhaltensweisen noch mehr zu verbessern, bietet sich deshalb die Anlehnung an das SIPP-Konzept an (Hornung et al. 2019): Insbesondere die Wirkung der *Erfahrung mit gegnerischen Argumenten*, des *analytischen Zugangs* und der *sozialen Kohäsion* könnte unter Umständen als abhängige Variable mit unterschiedlichen Identitäten erklärt werden. Die übrigen theoretischen Annahmen über Policy Core Beliefs, insbesondere ihre Eigenschaft als Fokus-Punkt für Kooperation und Konflikt, blieben davon unberührt. Auch würden sie weiterhin genutzt, um die wichtigsten Beliefs in einem Subsystem zu beschreiben.

Man könnte einwenden, dass Policy Core Beliefs ohne das Attribut der Stabilität nicht als Grundlage von Kooperation und Konflikt herangezogen werden können. Dem kann man drei Argumente entgegenhalten. Erstens verliefen die Konfliktlinien im untersuchten Subsystem trotz aller ermittelten grundlegenden Lernfälle über Jahre insgesamt stabil anhand der Policy Core Beliefs. Individuell veränderte Policy Core Belief-Ebenen und eine Dominanz bestimmter Beliefs im Subsystem schließen sich also nicht gegenseitig aus. Zweitens machten, wie erwähnt, grundlegende Belief-Diffusionen die Mehrheit der Lernfälle aus. Hierbei handelte es sich eher um Verfeinerungen von Belief-Systemen, die an anderen Stellen unverändert blieben. Selbst wenn einige Policy Core Beliefs ergänzt, verändert oder gelöscht werden, muss man zumindest in der Mehrheit eher von einem Wesenskern von Policy Core Beliefs ausgehen, der in sich stimmig bleibt. Drittens waren weitreichende Veränderungen auf der Ebene der Policy Core Beliefs sowohl im Zeitverlauf als auch von der Zahl der Beispiel-Akteure her selten. Eine Beliebigkeit von Policy Core Beliefs kann daraus sicher nicht abgeleitet werden. Stattdessen

erscheint logisch, dass umso stärkere Anreize in den Variablen und den Intentionen geboten sein müssen, je grundlegender der Wandel in einem Belief-System ausfallen soll.

Wie grundsätzlich in der ACF-Forschung, besteht auch bei der Anwendung des VIM die Gefahr, dass der zu untersuchende Akteur seine „wahren“ Beliefs nicht preisgibt. Wenn diese anders lauten, als jene, die er öffentlich vertritt, kann die Beziehung zwischen den Policy Core Beliefs sowie den Deep Core Beliefs und übergeordneten Beliefs fehlerhaft ausfallen. Als Ergebnis wäre das Modell nicht anwendbar. Dagegen kann man einwenden, dass in der Politikwissenschaft die Erforschung des geistigen Innenlebens der Akteure der Frage nachgeordnet ist, welche Wirkungen öffentliche Lernprozesse eines Individuums für den politischen Prozess haben. Selbst in einem Fall, in welchem grundlegendes Policy-Lernen auf einer eher funktionalistischen Perspektive beruht, sind seine Konsequenzen real und seine Entstehung erklären zu können, trägt zur Erklärung politischer Prozesse als Ganzes bei. Allerdings muss auch dann sichergestellt werden, dass die Beziehung zwischen diesen vorgeschobenen Beliefs bestmöglich ausgeleuchtet wird. Die in dieser Studie mittels einer Dokumentenanalyse ermittelten Beliefs fügten sich zu in sich stimmigen Belief-Systemen, aber in manchen Fällen wird es notwendig sein, weitere Methoden hinzuzuziehen.

Insgesamt hat sich das Variablen-Intentionen-Modell bei der Erklärung von grundlegendem Policy-Lernen und Policy-Beharren der zehn Beispiel-Akteure bewährt. Wenn man die eben genannte Einschränkung berücksichtigt, scheint es geeignet, Fälle von Lernen und Nicht-Lernen auf der Ebene der Policy Core Beliefs zu erklären. Dabei kann es als ergänzendes Modul in den ACF eingefügt werden, so wie Dunlop und Radaelli dies für ihr Modell von Policy-Lernen als analytischem Framework getan haben (Dunlop und Radaelli 2018, S. 58–62). Zusätzlich haben sich weitere Impulse aus dieser Arbeit ergeben, die zu untersuchen sich lohnen würde. Im Bereich des Belief-Moduls sollte etwa die Rolle übergeordneter Beliefs weiter erforscht und im ACF insgesamt stärker betont werden. Im Rahmen dieser Arbeit erschienen sie determinierend, gewannen oder verloren teilweise aber an Bedeutung. Es gibt also Einflüsse auf Policy Core Beliefs, die nicht direkt von den Deep Core Beliefs stammen, sondern zunächst in den übergeordneten Beliefs umgesetzt werden. Daraus ergeben sich zwei Fragen: Wie soll man übergeordnete Beliefs theoretisch in das Belief-System einordnen? Und wie wirkt sich die Änderung eines Beliefs in einem übergeordneten Subsystem auf untergeordnete Subsysteme aus? Auch wenn weitere Erkenntnisse unabdingbar für die Weiterentwicklung des Belief-

System-Moduls sind, bietet das in dieser Arbeit vorgestellte Modell bereits die Möglichkeit, ihren Einfluss in die Untersuchung von grundlegendem Policy-Lernen und Policy-Beharren einfließen zu lassen. Unabhängig davon, ob man das in dieser Arbeit vorgestellte VIM nutzen möchte, sollte auf der einen Seite erforscht werden, ob es noch weitere Variablen gibt, die individuelles Lernen befördern oder behindern. Wie schon dargelegt, lässt sich die hohe Zahl von Lern-Fällen auch mit dem langen Untersuchungszeitraum erklären. Hinzukommt, dass manche Akteure einerseits durch das deutsche Gesundheitssystem im GBA zur Kooperation gezwungen waren und zumindest ein gewisses Maß an einzelnen Beliefs oder Theorien teilten. Andererseits war Bedarfssteuerung ein eher empirisch geprägtes Subsystem, in dem nur selten und am Rande ein Verweis auf ethische oder moralische Fragen erfolgte. Dadurch scheint das Konfliktniveau im Vergleich mit beispielsweise der Fallstudie von Munro zur Wasser-Verteilung in Kalifornien geringer ausgeprägt gewesen zu sein (1993). Ein Vergleich mit weiteren Subsystemen, insbesondere mit stark konfliktbeladenen, würde also neue Erkenntnisse über das Ausmaß von grundlegendem Policy-Lernen liefern. In dieser Arbeit konnte die Beziehung zwischen den Ego-, Alter- und Objekt-zentrierten Variablen sowie den Intentionen nur *ex post* aufgezeigt werden, da diese Informationen zunächst im Rahmen einer umfangreichen Belief-Analyse erhoben werden mussten. Selbst bei Mitgliedern desselben Kollektivs mit ähnlichen Belief-Systemen fiel die Ausprägung der Variablen nicht immer gleich aus. Unterschiedliche Ausprägungen der Variablen und Intentionen aber determinierten unterschiedliches Verhalten der Akteure. Auch ist das VIM nur zu tendenziellen Aussagen ausgelegt und nicht präzise genug, um zu erklären, warum ein Lern-Vorgang gerade zu einem bestimmten Zeitpunkt auftrat. Mit zunehmender Dichte an Studien über einzelne Variablen oder systematische Ähnlichkeiten in den Intentionen bestimmter Akteure könnte es aber gelingen, wiederholte Muster beim Auftreten von grundlegendem Policy-Lernen und Policy-Beharren zu erkennen. Herausfordernd aber interessant wäre es dann zu testen, ob es allgemeingültige Szenarien gibt, in denen ein Akteur bei einer bestimmten Konfiguration der Variablen mit hoher Wahrscheinlichkeit zeitnah lernt oder nicht lernt, so dass Aussagen *ex ante* möglich wären.

7 Anhang

7.1 Abkürzungen, ACF-Hypothesen sowie Prämissen und Forschungshypothesen

Abkürzungen

| | |
|------------|--|
| 2. GKV-NOG | Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung |
| ACF | Advocacy Coalition Framework |
| Ärzte-ZV | Zulassungsverordnung für Vertragsärzte |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BT-Drucks. | Bundestagsdrucksache |
| GG | Grundgesetz |
| GMG | Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung |
| GRG | Gesundheitsreformgesetz |
| GSG | Gesundheitsstrukturgesetz |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GVkB | Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KHG | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| KVWG | Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts |
| RVO | Reichsversicherungsordnung |
| GBA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV-VStG | Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung |
| GKV-WSG | Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung |
| PsychThG | Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze |

| | |
|------|--|
| RAA | Reasoned action approach |
| TRA | Theory of reasoned action |
| VGÄB | Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung |
| VIM | Variablen-Intentionen-Modell für grundlegendes Policy-Lernen und Policy-Beharren |
| WIdO | Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen |

Hypothesen des Advocacy Coalition Frameworks

Koalitions-Hypothese 1: On major controversies within a policy subsystem when policy core beliefs are in dispute, the lineup of allies and opponents tends to be rather stable over periods of a decade or so.

Koalitions-Hypothese 2: Actors within an advocacy coalition will show substantial consensus on issues pertaining to the policy core, although less so on secondary aspects.

Koalitions-Hypothese 3: An actor (or coalition) will give up secondary aspects of his (its) belief system before acknowledging weaknesses in the policy core.

Koalitions-Hypothese 4: Within a coalition, administrative agencies will usually advocate more moderate positions than their interest group allies.

Koalitions-Hypothese 5: Actors within purposive groups are more constrained in their expression of beliefs and policy positions than actors from material groups.

Lern-Hypothese 1: Policy-oriented learning across belief systems is most likely when there is an intermediate level of informed conflict between the two coalitions. This requires that (1) each have the technical resources to engage in debate, and (2) the conflict be between secondary aspects of one belief system and core elements of the other or, alternatively, between important secondary aspects of the two belief systems.

Lern-Hypothese 2: Policy-oriented learning across belief systems is most likely when there exists a forum that is (1) prestigious enough to force professionals from different coalitions to participate, and (2) dominated by professional norms.

Lern-Hypothese 3: Problems for which accepted quantitative data and theory exist are more conducive to policy-oriented learning across belief systems than those in which data and theory are generally qualitative, quite subjective, or altogether lacking.

Lern-Hypothese 4: Problems involving natural systems are more conducive to policy-oriented learning across belief systems than those involving purely social or political systems because, in the former, many of the critical variables are not themselves active strategists and because controlled experimentation is more feasible.

Lern-Hypothese 5: Even when the accumulation of technical information does not change the views of the opposing coalition, it can have important effects on policy—at least in the short run—by altering the views of policy brokers.

Policy-Veränderungs-Hypothese 1: Significant perturbations external to the subsystem, a significant perturbation internal to the subsystem, policy-oriented learning, negotiated agreement, or some combination thereof are necessary, but not sufficient sources of change in the policy core attributes of a governmental program.

Policy-Veränderungs-Hypothese 2: The policy core attributes of a governmental program in a specific jurisdiction will not be significantly revised as long as the subsystem advocacy coalition that instated the program remains in power within that jurisdiction - except when the change is imposed by a hierarchically superior jurisdiction.

Prämisse 1: Die Bedeutung einzelner Beliefs und die Natur der Verbindung zwischen mehreren Beliefs kann aus den Intentionen eines Akteurs, das heißt der Gesamtheit seiner Beliefs erschlossen werden.

Prämisse 2: Akteure können Secondary Aspects und Policy Core Beliefs auf ihre Fähigkeit hin überprüfen, Deep Core Beliefs und übergeordnete Beliefs innerhalb eines Subsystems zu verwirklichen. Beide Ebenen von Beliefs sind prinzipiell veränderlich. Grundlegendes Policy Lernen erfordert die intellektuelle Kapazität, neue oder veränderte Beliefs zu entwickeln.

Prämisse 3: Deep Core Beliefs werden als gegeben und unveränderlich angenommen. Beliefs übergeordneter Subsysteme werden als gegeben aber veränderlich angenommen.

Prämisse 4: Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief umso weniger verändern, hinzufügen oder löschen, (1) je selektiver seine Wahrnehmung entwickelt und (2) je erfahrener

er in der Widerlegung einer Herausforderung ist, (3) je weniger er das dem betreffenden Belief zugrundeliegende Wissenschaftsverständnis akzeptiert und (4) je stärker sowohl der devil shift als auch (5) die bestätigende soziale Kohäsion ausgeprägt sind. Zudem wird grundlegendes Policy-Lernen umso unwahrscheinlicher, (6) je schwächer die herausfordernde soziale Kohäsion ist und (7) je mehr Ereignisse die gegenwärtigen Policy Core Beliefs des Akteurs bekräftigen, (8) je länger sie anhalten und (9) je eher die Konsequenzen einen stabilisierenden Effekt haben.

Prämisse 5: Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief umso eher verändern, hinzufügen oder löschen, (1) je weniger selektiv seine Wahrnehmung entwickelt und (2) je weniger erfahrener er in der Widerlegung einer Herausforderung ist, (3) je stärker er das dem betreffenden Belief zugrundeliegende Wissenschaftsverständnis akzeptiert und (4) je schwächer sowohl der devil shift als auch (5) die bestätigende soziale Kohäsion ausgeprägt sind. Zudem wird grundlegendes Policy-Lernen umso wahrscheinlicher, (6) je stärker die herausfordernde soziale Kohäsion ist und (7) je mehr Ereignisse die gegenwärtigen Policy Core Beliefs des Akteurs herausfordern, (8) je länger sie anhalten und (9) je eher die Konsequenzen einen herausfordernden Effekt haben.

Prämisse 6: Die Anpassung der Policy Core Belief-Ebene erfolgt entweder durch selbstständige Informationsverarbeitung oder durch die Übernahme fremder Policy Core Beliefs.

Forschungshypothese 1: Policy Core Beliefs können aus unterschiedlichen Deep Core Beliefs oder den Beliefs übergeordneter Subsysteme entwickelt werden.

Forschungshypothese 2: Ein individueller Akteur wird einen Policy Core Belief nur dann verändern, hinzufügen oder löschen, wenn die Stärke der herausfordernden Phänomene jene der Beharrungskräfte übersteigt und der Lern-Prozess zu einer verbesserten Realisierung seiner Intentionen passt. Umgekehrt wird er seine Policy Core Beliefs nur dann aufrechterhalten, wenn die Beharrungskräfte stärker ausgeprägt sind, als die herausfordernden Phänomene und er seine Intentionen weiterhin optimal damit umsetzen kann.

7.2 Regel-Set zur Datenerfassung

- Jede Quelle wird mit ihrem Titel, ihrem Erscheinungsdatum und ihrem Fundort notiert. Innerhalb einer Quelle wird jede Aussage einem individuellen Akteur zugeordnet und mit einer Laufnummer versehen. Für jeden Akteur wird zudem die Fraktion notiert, der er zugewiesen wurde.

- Aussagen von nicht-individuellen Akteuren oder Akteuren, die nicht den Status eines Subsystem-Mitglieds erreichten, werden gesammelt als öffentliche Meinung codiert.
- Nachweise des *devil shifts* werden in einer eigenen Kategorie und nicht als Belief notiert.
- Wenn ein Akteur in seiner Aussage einen Belief mit einem konkreten Ort oder einer konkreten Region verbindet, wird dies im codierten Belief mit dem Zusatz "an bestimmten Orten" erwähnt, ohne, dass der betreffende Ort genannt wird. Beispielweise in der Form „es herrscht Zustand XYZ an einem bestimmten Ort“. Damit soll verhindert werden, dass jede Ortsbeschreibung in einem eigenen Belief festgehalten wird und deren Zahl überhandnimmt. Auch soll so verhindert werden, dass die im Kern identische Aussage eines Akteurs auf mehrere codierte Beliefs verteilt und dadurch in ihrer Vehemenz nicht erkannt wird.
- Allgemein formulierte Präferenzen für oder gegen einen Zustand des Subsystems oder ein politisches Instrument werden mit Begriffen wie "im Allgemeinen“, „grundsätzlich“ oder „an sich" versehen und so formuliert, dass sie einen möglichst breiten Anwendungsbereich erhalten.
- Es werden auch sinngemäße Aussagen codiert, mit denen ein Belief umschrieben aber nicht wörtlich zitiert wird. Beispielsweise in der Form, dass die Aussage „Maßnahme XYZ gefährdet unsere berufliche Zukunft“ als Ablehnung dieser Maßnahme codiert wird.
- Statistiken werden wie Beliefs gewertet. Wenn in einer Tabelle beispielsweise die Zunahme einer Arztgruppe A um einen bestimmten Prozentsatz festgehalten wird, wird dies als Belief „Es gibt Zuwächse bei der Arztgruppe A“ notiert.
- Die Ablehnung eines Beliefs wird in einem eigenen, ablehnenden Belief notiert, das heißt, es wird die Bewertung eines Beliefs in der Datenbank nicht mit „ja“ oder „nein“ codiert, sondern in der Form „Maßnahme XYZ sollte nicht durchgeführt werden“.
- Wenn unklar ist, wie groß ein Problem in den Aussagen eines Akteurs ist oder wie bindend eine Maßnahme sein soll, wird die Aussage grundsätzlich in einer eher „weichen“ Form notiert. Etwa, indem eine Maßnahme als Kann- und nicht als Soll-Regelung codiert wird.

- Eine Aussage kann auch mit mehreren codierten Beliefs umschrieben werden, etwa wenn ein Akteur eine konkrete Maßnahme ablehnt und erkennbar ist, dass er diese Art von Maßnahmen (z.B. Zwangsmaßnahmen oder Anreize) auch grundsätzlich ablehnt.
- Es wird keine Überprüfung der Aussagen auf eine bestimmte Richtigkeit durchgeführt, sondern sie werden notiert, als seien sie Fakten, unabhängig davon, dass es sich nur um die Meinung des betreffenden Akteurs handelt.

7.3 Ergebnisse der Reliabilitätstests

Als akzeptiert wurden jene Statements gewertet, bei denen keine Nachfragen seitens des Zweit-Codierers vorgebracht wurden, oder dieser nicht erkennen konnte, wo der betreffende Belief in der Quelle zu finden war. Mit diesem Mechanismus ergab sich bei Zweit-Codierer 1 eine Zustimmung von 176 von 195 Statements beziehungsweise 90,3 Prozent. Zweit-Codierer 2 stimmte 181 von 195 Statements zu, was einer Zustimmungsrate von 92,82 Prozent entsprach. Insgesamt ergab sich eine Zustimmungsrat von 91,54 Prozent.

Abbildung 140: Bewertung der Codierung der Datenbank-Stichproben durch die Zweit-Codierer

| Laufnummer | Akzeptiert von Zweit-Codierer 1 | Nicht akzeptiert von Zweit-Codierer 1 | Akzeptiert von Zweit-Codierer 2 | Nicht akzeptiert von Zweit-Codierer 2 |
|------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1731 | 3 | - | 3 | - |
| 1247 | 4 | - | 4 | - |
| 0863 | 6 | 1 | 7 | - |
| 0495 | 3 | 3 | 5 | 1 |
| 0306 | 4 | 1 | 4 | 1 |
| 0110 | 9 | - | 9 | - |
| 0500 | 9 | - | 7 | 2 |
| 0498 | 6 | - | 6 | - |
| 0436 | 14 | - | 13 | 1 |
| 1224 | 9 | 2 | 11 | - |
| 1095 | 5 | - | 4 | 1 |
| 0864 | 8 | - | 7 | 1 |
| 2099 | 7 | - | 7 | - |
| 1872 | 4 | - | 4 | - |
| 1371 | 5 | - | 5 | - |
| 1834 | 3 | 1 | 4 | - |
| 1700 | 9 | - | 9 | - |

| | | | | |
|---------------|-----|----|-----|----|
| 1631 | 1 | 2 | 3 | - |
| 1612 | 7 | 1 | 8 | - |
| 1526 | 6 | - | 6 | - |
| 1183 | 6 | - | 6 | - |
| 0451 | 4 | 3 | 7 | - |
| 0350 | 6 | - | 5 | 1 |
| 0019 | 2 | 1 | 3 | - |
| 2064 | 4 | - | 4 | - |
| 1877 | 3 | 1 | 4 | - |
| 1040 | 4 | - | 4 | - |
| 1921 | 13 | 3 | 10 | 6 |
| 1552 | 7 | - | 7 | - |
| 1182 | 5 | | 5 | - |
| Gesamt | 176 | 19 | 181 | 14 |

7.4 Liste aller Beliefs der Datenbank

Die vollständige Datenbank wurde der Universitätsbibliothek der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig zur Verfügung gestellt und sollte dort verfügbar sein. Sie enthält neben der Liste aller Beliefs Darstellungen, wie sich diese auf einzelne Zeitabschnitte verteilen. Dabei wird zwischen den Belief-Verteilungen auf die Subsystem-Mitglieder und die öffentliche Meinung unterschieden. Enthalten sind zudem eine Liste mit Quellen, in denen Elemente des devil shifts entdeckt wurden, sowie eine Liste der Subsystem-Mitglieder.

| Nummer | Belief |
|--------|---|
| 100 | Es gab eine Ärzteschwemme in der Vergangenheit |
| 101 | Es gibt eine Ärzteschwemme in der Gegenwart |
| 102 | Es gibt keine Ärzteschwemme in der Gegenwart |
| 103 | Es gibt Fehlverteilungen von Ärzten |
| 104 | Es gibt keine Fehlverteilungen von Ärzten |
| 105 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung |
| 106 | Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung |
| 107 | Es droht an bestimmten Orten Überversorgung |
| 108 | Es gibt Überversorgung bei bestimmten Arztgruppen |
| 109 | Es gibt allgemein Überversorgung |
| 110 | Es gibt keine allgemeine Überversorgung |
| 111 | Es droht allgemein Überversorgung |
| 112 | Es gibt mehr Überversorgung als Unterversorgung |
| 113 | Überversorgung sollte vermieden werden |
| 114 | Überversorgung nimmt zu |

| | |
|-----|---|
| 115 | Es wird zu wenig gegen Überversorgung unternommen |
| 116 | Es sollte weniger Ärzte geben |
| 117 | Überversorgung gibt es vor allem in urbanen Räumen |
| 118 | Es gibt keine Überversorgung in urbanen Räumen |
| 119 | Die rechnerischen Bedarfe für ambulante Ärzte sollten nicht vergrößert werden |
| 120 | Möglichkeiten zur Niederlassung an attraktiven Orten verhindert Besetzung von Arztsitzen an unattraktiven Orten |
| 121 | Es gibt zu viele Fachärzte |
| 122 | Es gibt an bestimmten Orten zu viele Fachärzte |
| 123 | Die Zahl der Fachärzte nimmt zu |
| 124 | Möglichkeiten zur Spezialisierung verhindern hausärztliche Tätigkeit |
| 125 | Der Nachbesetzungsbedarf wird überschätzt |
| 126 | In Gebieten mit wachsenden Arztzahlen entsteht ein Konkurrenzkampf |
| 127 | Der Zuwachs der ambulant tätigen Ärzte senkt deren Honorare |
| 128 | Versorgung sollte auch zwischen den einzelnen Ländern ausgeglichen werden |
| 129 | Überversorgung erzeugt unerwünschte Kosten |
| 130 | Die Kosten der GKV sollten nicht so stark ansteigen |
| 131 | Das Angebot induziert die Nachfrage in der Medizin |
| 132 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt zu |
| 133 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt nicht zu |
| 134 | Die Zahl der arbeitslosen Ärzte nimmt ab |
| 135 | Es droht Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| 136 | Es droht keine allgemeine Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| 137 | Es gibt Arbeitslosigkeit bei Ärzten |
| 138 | Arbeitslosigkeit bei Ärzten sollte bekämpft werden |
| 139 | Durch Überversorgung droht die Schließung von Arztpraxen |
| 140 | Die Übergabe mancher Arztpraxen wird schwieriger |
| 141 | Alle Arztgruppen sollten beplant werden |
| 142 | Auch die Psychotherapeuten sollten beplant werden |
| 143 | Die Fortführung von Arztsitzen sollten sich am Stand der Versorgung ausrichten |
| 144 | Die wirtschaftlichen Rechte des Arztes bei der Praxisübergabe sollten gewahrt bleiben |
| 145 | Die wirtschaftlichen Interessen von Altbesitzern von Arztsitzen sollten gewahrt bleiben |
| 146 | Neue Arztsitze sollten nicht weiter verkaufbar sein |
| 147 | Auch neue Arztsitze sollten weiterverkaufbar sein |
| 148 | Niederlassung sollte bei Überversorgung erschwert werden |
| 149 | Niederlassung sollte auch bei Überversorgung nicht erschwert werden |
| 150 | Es sollte Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben |
| 151 | Es sollte keine Honorarabschläge in überversorgten Gebieten geben |
| 152 | Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten zwangsweise aufgekauft werden müssen |
| 153 | Arztsitze in überversorgten Gebieten sollten nicht zwangsweise aufgekauft werden müssen |
| 154 | Das Honorarsystem für ambulante Ärzte ist mitverantwortlich für Fehlverteilungen |
| 155 | Es sollte eine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| 156 | Es sollte keine Pflicht-Altersgrenze für Kassenzulassungen geben |
| 157 | Zulassungen sollten in überversorgten Gebieten befristet vergeben werden |
| 158 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte gefördert werden |
| 159 | Der freiwillige Verzicht auf die Zulassung sollte möglich sein |

| | |
|-----|--|
| 160 | Drohende Überversorgung sollte durch Weiterbildungsmaßnahmen abgefedert werden |
| 161 | Maßnahmen gegen Überversorgung sollten nicht zulasten junger Ärzte gehen |
| 162 | Es sollte keine Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit geben |
| 163 | Das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten sollte Kriterium für eine Zulassung sein |
| 164 | Das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten sollte ausgewogen sein |
| 165 | Ärzte, die keinen Arbeitsplatz finden, sollten in anderen Berufen des Gesundheitswesens arbeiten |
| 166 | Durch Job-Sharing sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden |
| 167 | Durch Dauerassistenten sollte die Zahl der Arbeitsplätze für Ärzte erhöht werden |
| 168 | Die ärztliche Arbeit sollte auf mehr Ärzte verteilt werden |
| 169 | Die Zahl der Augenärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 170 | Die Zahl der Augenärzte hat zuletzt abgenommen |
| 171 | Die Zahl der Augenärzte hat zuletzt zugenommen |
| 172 | Die Zahl der Augenärzte wird abnehmen |
| 173 | Es droht allgemein Unterversorgung bei Augenärzten |
| 174 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Augenärzten |
| 175 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Augenärzten |
| 176 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Augenärzten |
| 177 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Augenärzten |
| 178 | Die Zahl der Anästhesisten nahm in den letzten Jahren zu |
| 179 | Die Zahl der Anästhesisten nahm zuletzt zu |
| 180 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Anästhesisten |
| 181 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Anästhesisten |
| 182 | Die Zahl der Chirurgen nahm in den letzten Jahren zu |
| 183 | Die Zahl der Chirurgen nahm zuletzt zu |
| 184 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Chirurgen |
| 185 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Chirurgen |
| 186 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Chirurgen |
| 187 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Chirurgen |
| 188 | Es droht Unterversorgung bei Chirurgen |
| 189 | Die Zahl der Gynäkologen nahm in den letzten Jahren zu |
| 190 | Die Zahl der Gynäkologen nahm zuletzt zu |
| 191 | Die Zahl der Gynäkologen nahm zuletzt ab |
| 192 | Die Zahl der Gynäkologen wird abnehmen |
| 193 | Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Gynäkologen |
| 194 | Es gibt an bestimmten Orten ein Mangel an Gynäkologen |
| 195 | Es droht allgemein ein Mangel an Gynäkologen |
| 196 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Gynäkologen |
| 197 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Gynäkologen |
| 198 | Die Zahl der Hausärzte nahm in manchen Jahren ab |
| 199 | Die Zahl der Hausärzte nahm in den letzten Jahren ab |
| 200 | Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt abgenommen |
| 201 | Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt an bestimmten Orten abgenommen |
| 202 | Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt an bestimmten Orten zugenommen |
| 203 | Die Zahl der Hausärzte hat zuletzt zugenommen |
| 204 | Die Zahl der Hausärzte wird abnehmen |
| 205 | Mehr Arztsitze für Hausärzte sind nicht allgemein erforderlich |

| | |
|-----|--|
| 206 | Es sollte mehr Geld für Hausärzte geben |
| 207 | Die Attraktivität des Hausarzt-Berufes sollte gesteigert werden |
| 208 | Es gibt allgemein Unterversorgung bei Hausärzten |
| 209 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten |
| 210 | Es droht allgemein Unterversorgung bei Hausärzten |
| 211 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hausärzten |
| 212 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Hausärzten |
| 213 | Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung bei Hausärzten |
| 214 | Aus dem Altersdurchschnitt der Hausärzte lässt sich ein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 215 | Aus dem Altersdurchschnitt der Hausärzte lässt sich an bestimmten Orten ein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 216 | Es gibt Fehlverteilungen bei Hausärzten |
| 217 | Die Zahl der HNO-Ärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 218 | Die Zahl der HNO-Ärzte nahm zuletzt zu |
| 219 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei HNO-Ärzten |
| 220 | Es gibt allgemein Überversorgung bei HNO-Ärzten |
| 221 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei HNO-Ärzten |
| 222 | Die Zahl der Hautärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 223 | Die Zahl der Hautärzte nahm zuletzt ab |
| 224 | Die Zahl der Hautärzte nahm zuletzt zu |
| 225 | Es droht Unterversorgung bei Hautärzten |
| 226 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hautärzten |
| 227 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Hautärzten |
| 228 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Hautärzten |
| 229 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Hautärzten |
| 230 | Die Zahl der Fach-Internisten nahm in den letzten Jahren zu |
| 231 | Die Zahl der Fach-Internisten nahm zuletzt zu |
| 232 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Fach-Internisten |
| 233 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Fach-Internisten |
| 234 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Fach-Internisten |
| 235 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Fach-Internisten |
| 236 | Die Zahl der Kinderärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 237 | Die Zahl der Kinderärzte nahm zuletzt zu |
| 238 | Die Zahl der Kinderärzte nahm zuletzt ab |
| 239 | Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Kinderärzten |
| 240 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Kinderärzten |
| 241 | Die Abnahme an Kinderärzten ist nicht besorgniserregend |
| 242 | Aus dem Altersdurchschnitt der Kinderärzte lässt sich an bestimmten Orten ein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 243 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Kinderärzten |
| 244 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Kinderärzten |
| 245 | Durch den demographischen Wandel werden in Zukunft an bestimmten Orten weniger Kinderärzte benötigt |
| 246 | Es gibt Fehlverteilungen bei Kinderärzten |
| 247 | Die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater nahm in den letzten Jahren zu |
| 248 | Die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater nahm zuletzt zu |
| 249 | Es sollte eine eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten geben |

| | |
|-----|--|
| 250 | Es sollte eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben |
| 251 | Die Zahl der Ki. - und Jugendpsychotherapeuten nahm zuletzt zu |
| 252 | Es gibt allgemein einen Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten |
| 253 | Es sollte mehr Geld für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben |
| 254 | Es gibt an bestimmten Orten einen Mangel an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten |
| 255 | Die Zahl der Laborärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 256 | Die Zahl der Laborärzte nahm zuletzt zu |
| 257 | Die Zahl der Laborärzte nahm zuletzt ab |
| 258 | Die Zahl der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen nahm in den letzten Jahren zu |
| 259 | Die Zahl der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen nahm zuletzt zu |
| 260 | Die Zahl der Nervenärzte./Neurolog./ Psychiat. nahm in manchen Jahren zu |
| 261 | Die Zahl der Nervenärzte/Neurologen/Psychiater nahm zuletzt zu |
| 262 | Die Zahl der Nervenärzte./Neurolog./ Psychiat. nahm zuletzt ab |
| 263 | Es droht ein Mangel an Nervenärzten |
| 264 | Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Nervenärzten |
| 265 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Nervenärzten |
| 266 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Nervenärzten |
| 267 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Nervenärzten |
| 268 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Psychiatern |
| 269 | Die Zahl der Neurochirurgen nahm in den letzten Jahren zu |
| 270 | Die Zahl der Neurochirurgen nahm zuletzt zu |
| 271 | Die Zahl der Nuklearmediziner nahm in den letzten Jahren zu |
| 272 | Die Zahl der Nuklearmediziner nahm zuletzt zu |
| 273 | Die Zahl der Orthopäden nahm in den letzten Jahren zu |
| 274 | Die Zahl der Orthopäden nahm zuletzt zu |
| 275 | Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Orthopäden |
| 276 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Orthopäden |
| 277 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Orthopäden |
| 278 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Orthopäden |
| 279 | Die Zahl der Pathologen nahm in den letzten Jahren zu |
| 280 | Die Zahl der Pathologen nahm zuletzt zu |
| 281 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Pathologen |
| 282 | Die Zahl der ärztliche Psychotherapeuten nahm in den letzten Jahren zu |
| 283 | Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten nahm zuletzt zu |
| 284 | Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten nahm in den letzten Jahren zu |
| 285 | Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten nahm zuletzt zu |
| 286 | Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind erforderlich |
| 287 | Mehr Arztsitze für Psychotherapeuten sind nicht erforderlich |
| 288 | Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten sollten neu festgelegt werden |
| 289 | Es gibt mehr Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |
| 290 | Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Psychotherapeuten |
| 291 | Es gibt allgemein Unterversorgung bei Psychotherapeuten |
| 292 | Es droht ein Rückgang von Psychotherapeuten |
| 293 | Es sollte mehr Geld für Psychotherapeuten geben |
| 294 | Es sollte nicht mehr Geld für Psychotherapeuten geben |
| 295 | Es gibt Fehlverteilungen bei Psychotherapeuten |

| | |
|-----|--|
| 296 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Psychotherapeuten |
| 297 | Es gibt an bestimmten Orten keine Überversorgung bei Psychotherapeuten |
| 298 | In urbanen Räumen gibt es zu viele Psychotherapeuten |
| 299 | die Zahl der Radiologen/Strahlentherapeuten nahm in den letzten Jahren zu |
| 300 | Die Zahl der Radiologen/Strahlentherapeuten nahm zuletzt zu |
| 301 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Radiologen |
| 302 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Radiologen |
| 303 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung bei Radiologen |
| 304 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung bei Radiologen |
| 305 | Die Zahl der Urologen nahm in den letzten Jahren zu |
| 306 | Die Zahl der Urologen nahm zuletzt zu |
| 307 | Es gibt an bestimmten Orten zu wenige Urologen |
| 308 | Durch den demographischen Wandel werden in Zukunft an bestimmten Orten mehr Urologen benötigt |
| 309 | Es gibt an bestimmten Orten Überversorgung bei Urologen |
| 310 | Es gibt allgemein Überversorgung bei Urologen |
| 311 | Die Zahl der sonstigen Ärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 312 | Die Zahl der sonstigen Ärzte nahm zuletzt zu |
| 313 | Es sollte Strukturfonds zur Bekämpfung von Unterversorgung geben |
| 314 | Unterversorgung sollte eher mit Anreizen bekämpft werden |
| 315 | Es sollte finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| 316 | Es sollte keine finanziellen Anreize zur Niederlassung in unterversorgte Regionen geben |
| 317 | Beruf und Familie sollten besser miteinander vereinbar sein |
| 318 | Das sozioökonomische Umfeld spielt eine wichtige Rolle bei der Wahl des Arztsitzes |
| 319 | Die Zahl der potentiellen Privatpatienten spielt eine wichtige Rolle bei der Wahl des Arztsitzes |
| 320 | Die Möglichkeit eines späteren Praxisverkaufs spielt eine wichtige Rolle bei der Wahl des Arztsitzes |
| 321 | Elternzeitregelungen sollten verbessert werden |
| 322 | Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten abgeschafft werden |
| 323 | Die Abstaffelungsregel sollte in unterversorgten Gebieten nicht abgeschafft werden |
| 324 | Abstaffelungsregeln sollten allgemein abgeschafft werden |
| 325 | Die Residenzpflicht sollte abgeschafft werden |
| 326 | Not- oder Bereitschaftsdienste sollten in unterversorgten Regionen reduziert werden |
| 327 | Not- oder Bereitschaftsdienste sollten in ländlichen Regionen reduziert werden |
| 328 | Not- oder Bereitschaftsdienste sollten allgemein reduziert werden |
| 329 | Ärztliche Leistungen sollten delegiert werden dürfen |
| 330 | Ärztliche Leistungen sollten nicht delegiert werden dürfen |
| 331 | Ärztliche Leistungen sollten substituiert werden dürfen |
| 332 | Ärztliche Leistungen sollten nicht substituiert werden dürfen |
| 333 | Telemedizin sollte die ärztliche Tätigkeit unterstützen |
| 334 | Arztsitze sollten kompletten Versorgungsbedarf in ihrem Bereich abdecken |
| 335 | Arztsitze sollten reduziert werden, wenn dort nicht im vereinbarten Ausmaß gearbeitet wird |
| 336 | Ärzte sollten zur Niederlassung in unterversorgte Gebiete gezwungen werden |
| 337 | Ärzte sollten nicht zur Niederlassung in unterversorgte Gebiete gezwungen werden |
| 338 | Anreize zur Bekämpfung von Unterversorgung allein reichen nicht |
| 339 | Es sollte Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben |

| | |
|-----|--|
| 340 | Es sollte keine Zuschläge für die Tätigkeit in unterversorgten Gebieten geben |
| 341 | Bei Unterversorgung sollten Gesundheitszentren eingerichtet werden |
| 342 | Die Attraktivität des Arztberufes sollte gesteigert werden |
| 343 | Unterversorgung sollte durch Ärzte aus dem Ausland bekämpft werden |
| 344 | Unterversorgung sollte nicht durch Ärzte aus dem Ausland bekämpft werden |
| 345 | Wirtschaftliche Risiken verhindern Niederlassungen |
| 346 | Unterversorgung sollte durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden |
| 347 | Unterversorgung sollte nicht durch Abbau von Überversorgung bekämpft werden |
| 348 | Die Ursachen für Ärztemangel müssen erforscht werden |
| 349 | Die Altersgrenze für Kassenärzte in unterversorgten Gebieten sollte aufgehoben werden |
| 350 | Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte allgemein aufgehoben werden |
| 351 | Die Altersgrenze für Kassenärzte sollte nicht allgemein aufgehoben werden |
| 352 | Die Altersgrenze bei der Zulassung zur ambulanten Tätigkeit sollte in unterversorgten Gebieten aufgehoben werden |
| 353 | Offene Arztsitze sind ein Zeichen von Ärztemangel |
| 354 | Offene Arztsitze sind kein Zeichen von Ärztemangel |
| 355 | Ärzte sollten zusätzlich zu ihren eigenen Praxen in Filialen praktizieren dürfen |
| 356 | Bedarfsplanung alleine kann Unterversorgung nicht beheben |
| 357 | Zu viele Studenten bilden sich zu Spezialärzten aus, zu wenige zu Primärärzten |
| 358 | Ärzte in unterversorgten Gebieten sollten Kollegen ohne Leistungsbeschränkung einstellen dürfen |
| 359 | Es gibt allgemein einen Mangel an Ärzten |
| 360 | Es gibt nicht allgemein Unterversorgung |
| 361 | Unterversorgung sollte vermieden werden |
| 362 | Unterversorgung verursacht unerwünschte Kosten |
| 363 | Unterversorgung nimmt zu |
| 364 | Unterversorgung nimmt ab |
| 365 | Es gibt an bestimmten Orten Unterversorgung |
| 366 | Es gibt an bestimmten Orten keine Unterversorgung |
| 367 | Es droht an bestimmten Orten Unterversorgung |
| 368 | Es droht an bestimmten Orten keine Unterversorgung |
| 369 | Es droht allgemein Unterversorgung |
| 370 | Es droht keine allgemeine Unterversorgung |
| 371 | Es droht allgemein ein Mangel an Fachärzten |
| 372 | Es droht kein allgemeiner Mangel an Fachärzten |
| 373 | Es droht an bestimmten Orten ein Mangel an Fachärzten |
| 374 | Es droht ein Mangel bei bestimmten Facharztgruppen |
| 375 | An bestimmten Orten fehlen Fachärzte |
| 376 | Die Auswanderung von Ärzten ist ein Problem |
| 377 | Die Auswanderung von Ärzten ist kein Problem |
| 378 | Es gibt Ärztemangel im ländlichen Bereich |
| 379 | Wirtschaftlich schwache Gebiete werden schlechter versorgt |
| 380 | Es droht Ärztemangel im ländlichen Bereich |
| 381 | Mehr Arztsitze sind allgemein erforderlich |
| 382 | Mehr Arztsitze sind nicht allgemein erforderlich |
| 383 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich ein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 384 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich kein zukünftiger Arztmangel schließen |

| | |
|-----|---|
| 385 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich an bestimmten Orten ein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 386 | Aus dem Altersdurchschnitt der Ärzte lässt sich an bestimmten Orten kein zukünftiger Arztmangel schließen |
| 387 | Die Primärversorgung sollten gestärkt werden |
| 388 | Zu viele Medizinabsolventen wechseln in andere Berufe |
| 389 | Es wechseln nicht zu viele Medizinabsolventen in andere Berufe |
| 390 | Wiedereinstieg sollte erleichtert werden |
| 391 | Der Altersdurchschnitt der niedergelassenen Ärzte wird durch den "Seehoferbauch" verzerrt |
| 392 | Die Gewährleistung des Notdienstes ist an bestimmten Orten durch Ärztemangel bedroht |
| 393 | Es gibt mehr Bedarf an ärztlichen Leistungen, als in der Bedarfsplanung ausgewiesen |
| 394 | Die Ausbildung sollte praxisnäher erfolgen |
| 395 | Ambulante Medizin wird zu wenig in der Ausbildung gefördert |
| 396 | Ambulante Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden |
| 397 | Allgemeine Medizin sollte stärker in der Weiterbildung gefördert werden |
| 398 | Allgemeine Medizin sollte stärker in der Ausbildung gefördert werden |
| 399 | Allgemeine Medizin wird zu wenig in der Ausbildung gefördert |
| 400 | Versorgungsforschung sollte ausgebaut werden |
| 401 | Es sollte ein freiwilliges Praktikum im ambulanten Bereich im Zuge der Ausbildung geben |
| 402 | Es sollte ein Pflichtpraktikum im ambulanten Bereich im Zuge der Ausbildung geben |
| 403 | Es sollte ein Pflichtpraktikum im allgemeinärztlichen Bereich im Zuge der Ausbildung geben |
| 404 | Es gibt zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten |
| 405 | Es droht zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten zu geben |
| 406 | Es gibt zu wenig Nachwuchs bei Allgemeinärzten |
| 407 | Es gibt an bestimmten Orten zu wenig Nachwuchs bei ambulanten Ärzten |
| 408 | Es gibt für bestimmte Facharten zu wenig Nachwuchs |
| 409 | Es gibt für bestimmte Facharten nicht zu wenig Nachwuchs |
| 410 | Die Zahl der Medizinstudenten nahm zuletzt zu |
| 411 | Die Zahl der Medizinstudenten nahm in den letzten Jahren ab |
| 412 | Die Zahl der Bewerber um ein Medizinstudium nahm zuletzt ab |
| 413 | Die Zahl der Bewerber um ein Medizinstudium nahm zuletzt zu |
| 414 | Es gibt mehr Bewerber als Studienplätze |
| 415 | Die Zahl der jungen Ärzte nahm in den letzten Jahren ab |
| 416 | Die Zahl der jungen Ärzte nahm zuletzt ab |
| 417 | Die Zahl der jungen Ärzte nahm in den letzten Jahren zu |
| 418 | Die Zahl der Medizinabsolventen nahm zuletzt zu |
| 419 | Der Saldo aus Medizinabsolventen und Abgängern ist positiv |
| 420 | Die Zahl der Medizinabsolventen nahm zuletzt ab |
| 421 | Die Zahl der Medizinabsolventen nahm in den letzten Jahren ab |
| 422 | Medizinstudenten möchten überwiegend nicht hausärztlich tätig werden |
| 423 | Allgemeine Medizin wird zu wenig in der Weiterbildung gefördert |
| 424 | Es gibt hohe Abbrecherraten im Medizinstudium |
| 425 | Die Abbrecherraten im Medizinstudium sind kein Problem |
| 426 | Es sollte eine Landarztquote an den Universitäten geben |
| 427 | Es sollte Stipendien mit Verpflichtung zur Tätigkeit in ländlichen Gegenden geben |

| | |
|-----|--|
| 428 | Es sollte keine Stipendien mit Verpflichtung zur Tätigkeit in ländlichen Gegenden geben |
| 429 | Medizinstudenten sollten aus unterversorgten Gebieten rekrutiert werden |
| 430 | Es sollten mehr Ärzte ausgebildet werden |
| 431 | Es sollten nicht mehr Ärzte ausgebildet werden |
| 432 | Es sollten weniger Ärzte ausgebildet werden |
| 433 | Es sollten nicht weniger Ärzte ausgebildet werden |
| 434 | Es werden zu viele Ärzte ausgebildet |
| 435 | Ärztezuwachs wird durch verschärfte Prüfungen bekämpft |
| 436 | Ärztezuwachs wird nicht durch verschärfte Prüfungen bekämpft |
| 437 | Es sollte mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin geben |
| 438 | Die Ausbildungsraten junger Mediziner lassen auf einen zukünftigen Ärztemangel schließen |
| 439 | Das Abitur als hauptsächliches Auswahlkriterium für Medizinstudenten ist falsch |
| 440 | Unterversorgung sollte durch Weiterbildung bereits ausgebildeter Ärzte bekämpft werden |
| 441 | Weiterbildung sollte nicht als Zulassungssperre verwendet werden |
| 442 | Es sollten mehr Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ausgebildet werden |
| 443 | Die gegenwärtige Bedarfssteuerung sollte reformiert werden |
| 444 | Das GKV-VStG ist gut |
| 445 | Das GKV-VStG ist nicht gut |
| 446 | Die Inhalte des GKV-VStG sind zu teuer |
| 447 | Bedarfssteuerung an sich ist wünschenswert |
| 448 | Bedarfssteuerung an sich ist nicht wünschenswert |
| 449 | Es sollte bei Überversorgung lokale Zulassungsbeschränkungen geben |
| 450 | Es sollte keine lokalen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung geben |
| 451 | Es sollte allgemeine Zulassungsbeschränkungen geben |
| 452 | Es sollte keine allgemeinen Zulassungsbeschränkungen geben |
| 453 | Es sollte Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben |
| 454 | Es sollte keine Zugangsbeschränkungen zur ambulanten Versorgung geben |
| 455 | Zulassungsbeschränkungen gehen zulasten junger Ärzte |
| 456 | Ohne Bedarfsplanung gäbe es einen ökonomischen Wettbewerb unter den ambulanten Ärzten |
| 457 | Es sollte Kollektivverträge für ambulante Ärzte geben |
| 458 | Es sollte keine Kollektivverträge für ambulante Ärzte geben |
| 459 | Es sollte Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben |
| 460 | Es sollte keine Selektivverträge zur Bedarfssteuerung geben |
| 461 | Selektivverträge sollten in den Ist-Bedarf eingerechnet werden |
| 462 | Versorgung sollte nur bedingt durch Selektivverträge erfolgen |
| 463 | Bedarfsplanung sollte vor allem im Rahmen der Selbstverwaltung stattfinden |
| 464 | Die Grenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sollte überwunden werden |
| 465 | Veränderungen der Planungseinheiten allein können Unterversorgung nicht überwinden |
| 466 | Bedarfssteuerung ist eine Einschränkung der Berufsfreiheit |
| 467 | Berufsfreiheit ist ein Grundrecht |
| 468 | Zulassungsbeschränkungen sind verfassungskonform |
| 469 | Zulassungsbeschränkungen sind nicht verfassungskonform |
| 470 | Die Freiberuflichkeit sollte in der ambulanten Medizin dominieren |
| 471 | Es sollte gleichwertige Lebensverhältnisse in der medizinischen Versorgung geben |

| | |
|-----|--|
| 472 | Ein gewisses Maß an Ungleichheit in der ambulanten Versorgung ist hinnehmbar |
| 473 | Bedarfssteuerung sollte keine Zwangsinstrumente enthalten |
| 474 | Bedarfsplanung ist ein Entgegenkommen der Politik für eine Mäßigung bei der Honorargestaltung |
| 475 | Die Politik sollte als Gegenleistung zu eine Mäßigung bei der Honorargestaltung die Bedarfsplanung verschärfen |
| 476 | Die Politik sollte nicht als Gegenleistung zu eine Mäßigung bei der Honorargestaltung die Bedarfsplanung verschärfen |
| 477 | Arztzahlen sollten durch Wettbewerb gesteuert werden |
| 478 | Arztzahlen sollten nicht durch Wettbewerb gesteuert werden |
| 479 | Es sollte mehr Geld in der ambulanten Versorgung ausgegeben werden |
| 480 | Ambulante Versorgung sollte wohnortnah sein |
| 481 | Primärärztliche Versorgung sollte wohnortnah sein |
| 482 | Die ärztliche Versorgung ist ein Standortfaktor |
| 483 | Lokale Abweichungen von allgemeinen Planungs-Standards sollten erlaubt sein |
| 484 | Planungsbereiche sollten je Reichweite der Versorgung unterschiedlich groß organisiert sein |
| 485 | Die Demographie der Ärzte sollte in die Bedarfsplanung einfließen |
| 486 | Die bestehenden Planungsbereiche sind ungeeignet |
| 487 | Bedarfsplanung sollte kleinräumiger organisiert sein |
| 488 | Bedarfsplanung sollte nicht kleinräumiger organisiert sein |
| 489 | Versorgung sollte in Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialärztliche Versorgung getrennt werden |
| 490 | Stellen von angestellten Ärzten sollten in unbeschränkte Arztsitze umwandelbar sein |
| 491 | Zulassungen sollten nur befristet vergeben werden |
| 492 | Zulassungen sollten nicht nur befristet vergeben werden |
| 493 | Zulassungen sollten auch befristet vergeben werden |
| 494 | Arztsitze sollten verlegbar sein |
| 495 | Arztsitze sollte nicht über den Planungsbereich hinaus verlegbar sein |
| 496 | Die Mobilität der ambulanten Ärzte sollte verbessert werden |
| 497 | Die Mobilität der Patienten sollte verbessert werden |
| 498 | Ärztliche Kooperation sollte verbessert werden |
| 499 | Es sollte zeitlich und räumlich flexible Modelle der Arbeitserbringung von Ärzten geben |
| 500 | Mitversorgungseffekte sollten sich in der Bedarfsplanung niederschlagen |
| 501 | Bedarfsplanung sollte Vorgaben zu Erreichbarkeit und Wartezeit enthalten |
| 502 | Bedarfsplanung sollte nicht ausschließlich auf Verhältniszahlen beruhen |
| 503 | Bedarfsplanung sollte auf Versorgungsbedarf der Patienten beruhen |
| 504 | Bedarfsplanung sollte mit Leistungen pro Zeit geplant werden |
| 505 | Es sollten nicht Arztsitze beplant werden, sondern allgemeine Versorgungseinheiten |
| 506 | Auch das Stundenvolumen der Ärzte sollte in die Bedarfsplanung einfließen |
| 507 | Auch der Tätigkeitsschwerpunkt der Ärzte sollte in die Bedarfsplanung einfließen |
| 508 | Bedarfsplanung sollte anhand von Verhältniszahlen durchgeführt werden |
| 509 | Die Verhältniszahlen sollten neu festgelegt werden |
| 510 | Die Planungseinheiten sollten neu festgelegt werden |
| 511 | Es sollte einheitliche Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung geben |
| 512 | Neuzulassungen sollten sich an Versorgungsanalysen orientieren |
| 513 | Sonderzulassungen sollten beschränkt werden |
| 514 | Bedarf lässt sich nicht objektiv festlegen |

| | |
|-----|---|
| 515 | Bedarf lässt sich objektiv festlegen |
| 516 | Daten für Bedarfsplanung sollten nicht nur von Leistungserbringern stammen |
| 517 | Es gibt zu viel Bürokratie in der ambulanten Versorgung |
| 518 | Es sollte ein Standardisierungssystem für der ambulante Leistungen geben |
| 519 | Bedarfsplanung sollte mit Hilfe von IT-Programmen durchgeführt werden |
| 520 | Hausärzte sollten zusätzlich stärker präventiv tätig sein |
| 521 | Die ambulante Versorgung in Deutschland ist insgesamt gut |
| 522 | Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist gut |
| 523 | Die Zahl der Ärzte nimmt bundesweit zu |
| 524 | Der Anstieg der Arztzahlen ist ein Problem |
| 525 | Es wachsen hauptsächlich spezialisierte Arztgruppen |
| 526 | Die Zahl der Ärzte nimmt lokal ab |
| 527 | Die Zahl der auswandernden Ärzte nimmt zu |
| 528 | Die Zahl der ausländischen Ärzte nimmt allgemein zu |
| 529 | Die Zahl der Ärzte in Bayern nimmt zu |
| 530 | Die ambulante Versorgung in Bayern ist gut |
| 531 | Die Zahl der Ärzte in Baden-Württemberg nimmt zu |
| 532 | Die Zahl der Ärzte in Berlin nimmt zu |
| 533 | Die Zahl der Ärzte in Brandenburg nimmt zu |
| 534 | Die Zahl der Ärzte in Bremen nimmt zu |
| 535 | Die Zahl der Ärzte in Hamburg nimmt zu |
| 536 | Die Zahl der Ärzte in Hessen nimmt zu |
| 537 | Die Zahl der Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern nimmt zu |
| 538 | Die Zahl der Ärzte in Niedersachsen nimmt zu |
| 539 | Die Zahl der Ärzte in Nordrhein-Westfalen nimmt zu |
| 540 | Die Zahl der Ärzte in Rheinland-Pfalz nimmt zu |
| 541 | Die Zahl der Ärzte im Saarland nimmt zu |
| 542 | Die Zahl der Ärzte in Sachsen nimmt zu |
| 543 | Die Zahl der Ärzte in Sachsen-Anhalt nimmt zu |
| 544 | Die Zahl der ausländischen Ärzte in Sachsen-Anhalt nimmt zu |
| 545 | Die Zahl der Ärzte in Schleswig-Holstein nimmt zu |
| 546 | Die Zahl der Ärzte in Thüringen nimmt zu |
| 547 | Es gibt gesperrte Gebiete |
| 548 | Ärzte sollten mobil bei der Niederlassung sein |
| 549 | Es gibt unterversorgte Gebiete in Ostdeutschland |
| 550 | Es droht Unterversorgung in Ostdeutschland |
| 551 | Es droht keine Unterversorgung in Ostdeutschland |
| 552 | Die ambulante Versorgung in Ostdeutschland ist gut |
| 553 | Es gibt allgemein zu wenige Arztstunden |
| 554 | Aus der Arztdichte lassen sich nicht zwangsläufig Aussagen zur Versorgungsqualität ableiten |
| 555 | Mortalität hängt ab einem gewissen Niveau nicht mehr von der Arztdichte ab |
| 556 | Morbidität hängt ab einem gewissen Niveau nicht mehr von der Arztdichte ab |
| 557 | Die Zahl der offenen Planungsbereiche sinkt insgesamt |
| 558 | Die Zahl aller offenen Planungsbereiche sinkt nicht |
| 559 | Die Zahl der offenen Planungsbereiche sinkt an bestimmten Orten |
| 560 | Die Zahl der offenen Planungsbereiche steigt für manche Arztgruppen |

| | |
|-----|--|
| 561 | Die Zahl der offenen Planungsbereiche sinkt für manche Arztgruppen |
| 562 | An bestimmten Orten ist die Niederlassung zu unattraktiv |
| 563 | Deutschland hat im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Ärzte |
| 564 | Die Bevölkerung schrumpft an bestimmten Orten |
| 565 | Demographie sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen |
| 566 | Durch den demographischen Wandel entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| 567 | Durch den demographischen Wandel entsteht kein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| 568 | Demographie verursacht Mehr- und Minderbedarfe im Bedarf für einzelne Arztgruppen |
| 569 | Der Demographie-Faktor in der Bedarfsplanung löst nicht das Problem der Unterversorgung |
| 570 | Es sollte einen Demographie-Faktor in der Bedarfsplanung geben |
| 571 | Durch den medizinischen Fortschritt entsteht ein erhöhter Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| 572 | Der medizinische Fortschritt sollte sich in der Bedarfsplanung niederschlagen |
| 573 | Morbidität sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen |
| 574 | Die Morbidität nimmt zu |
| 575 | Mortalität sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen |
| 576 | Pflegebedürftigkeit sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen |
| 577 | Sozioökonomische Faktoren sollte sich in der Bedarfssteuerung niederschlagen |
| 578 | Die Zahl psychischer Erkrankungen nimmt zu |
| 579 | Durch Bevölkerungsschwund sinkt auch der absolute Bedarf an ambulanter Tätigkeit |
| 580 | KVen sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben können |
| 581 | Die KVen engagieren sich gegen Unterversorgung |
| 582 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen können |
| 583 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung aufkaufen müssen |
| 584 | KVen sollten Arztsitze bei Überversorgung nicht aufkaufen müssen |
| 585 | KVen sollten nicht Kosten von Abbau von Arztsitzen tragen |
| 586 | Eigeneinrichtungen der KVen sollten nur subsidiär betrieben werden |
| 587 | Der Sicherstellungsauftrag sollte bei den KVen liegen |
| 588 | Der Sicherstellungsauftrag sollte nicht bei den KVen verbleiben |
| 589 | Bedarfsplanung sollte durch KVen durchgeführt werden |
| 590 | KVen sollten an Bedarfsplanung beteiligt sein |
| 591 | KVen sollten sich an Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beteiligen |
| 592 | KVen sollten sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 593 | KVen sollten sich gegen Überversorgung engagieren |
| 594 | KVen engagieren sich zu wenig gegen Überversorgung |
| 595 | Die KVen verteilen Gelder nicht effizient im Sinne der Bedarfsplanung |
| 596 | KVen haben Schwierigkeiten, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen |
| 597 | Die KVen arbeiten mit den Krankenkassen zusammen |
| 598 | Die KVen sollten einen finanziellen Beitrag gegen Unterversorgung leisten |
| 599 | KVen sollten keinen finanziellen Beitrag gegen Unterversorgung leisten |
| 600 | KVen wehren sich gegen neue Ärzte |
| 601 | Kommunen sollten um niedergelassene Ärzte werben |
| 602 | Kommunen sollten finanziellen Beitrag gegen Unterversorgung leisten |
| 603 | Kommunen sollten keinen finanziellen Beitrag gegen Unterversorgung leisten |
| 604 | Kommunen sollten Einrichtungen finanzieren |

| | |
|-----|--|
| 605 | Kommunen sollten Einrichtungen nicht finanzieren |
| 606 | Kommunen sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben dürfen |
| 607 | Kommunen sollten Eigeneinrichtungen nicht betreiben dürfen |
| 608 | Kommunen sollten sich an Gesundheits-Zentren beteiligen können |
| 609 | Kommunen engagieren sich gegen Unterversorgung |
| 610 | Kommunen und Landkreise sollten sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 611 | Kommunen und Landkreise sollten an Bedarfsplanung beteiligt werden |
| 612 | Kommunen sollten nicht gegenseitig Ärzte abwerben |
| 613 | Die Länder sollten nicht finanziell in die Bedarfsplanung eingreifen dürfen |
| 614 | Die Länder sollten finanziell in die Bedarfsplanung eingreifen dürfen |
| 615 | Länder sollten nicht gegenseitig Ärzte abwerben |
| 616 | Vertreter der Länder sollten an der Bedarfsplanung teilnehmen |
| 617 | Länder sollten nicht an der Bedarfsplanung teilnehmen |
| 618 | Die Rechte der Länder in der Bedarfsplanung sollten gestärkt werden |
| 619 | Die Rechte der Länder in der Bedarfsplanung sollten nicht gestärkt werden |
| 620 | Länder sollten verbesserte Aufsichtsrechte erhalten |
| 621 | Länder sollten sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 622 | Länder sollten Einrichtungen in unterversorgten Gebieten mitfinanzieren |
| 623 | Länder sollten finanziellen Beitrag gegen Unterversorgung leisten |
| 624 | Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte bei Unterversorgung zur ambulanten Versorgung beitragen |
| 625 | Der Wert des Hausarztberufes innerhalb der Ärzteschaft sollte aufgewertet werden |
| 626 | Die Arbeitszeit pro Arzt sinkt |
| 627 | Die Arbeitszeit pro Arzt wird sinken |
| 628 | Ärzte wünschen sich bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf |
| 629 | Weibliche Ärzte verbringen weniger Zeit mit Arbeit als männliche |
| 630 | Der Anteil der Frauen in der Medizin nimmt zu |
| 631 | Ärzte sind ein Multiplikator für Ausgaben |
| 632 | Ärztekammern sollten an Landesgremien zur Sektorübergreifenden Versorgung beteiligt werden |
| 633 | Vertreter der Ärztekammern sollten an Bedarfsplanung beteiligt werden |
| 634 | Ärztekammern sollten nicht an Bedarfsplanung beteiligt werden |
| 635 | Ärzte werden zu stark belastet |
| 636 | Die Arbeitsbedingungen von Ärzten sollten verbessert werden |
| 637 | Die Äks sollte sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 638 | Die Ärzte denken, dass es einen Ärztemangel gibt |
| 639 | Teile der Ärzte denken, dass sie zu wenig verdienen |
| 640 | Ärzte empfinden ihre Arbeitsbedingungen als belastend |
| 641 | Ärzte fürchten Honorareinbußen durch Überversorgung |
| 642 | Ärzte fürchten Arbeitslosigkeit |
| 643 | Ärzte kämpfen gegen Konkurrenz durch neue Kollegen |
| 644 | Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| 645 | Manche Ärzte denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| 646 | Ärzte fordern eine Begrenzung der Zulassungen |
| 647 | Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt |
| 648 | Das Durchschnittsalter der Ärzte sinkt |
| 649 | Ärzte selbst können keine Selbstregulierung ihres Bestandes vornehmen |

| | |
|-----|---|
| 650 | Ärzte fürchten eine Enteignung bei Zulassungssperren in überversorgten Gebieten |
| 651 | MVZs sollten zur ambulanten Versorgung beitragen |
| 652 | Der Bestandsschutz von MVZs sollten zeitlich begrenzt werden |
| 653 | Eigeneinrichtungen und Gesundheitszentren sollten zur ambulanten Versorgung beitragen |
| 654 | Es sollte in jedem Landkreis geriatrische Zentren geben |
| 655 | Einrichtungen könnten die flächendeckende ambulante Versorgung gefährden |
| 656 | Gesundheitszentren sollten in die Bedarfsplanung einbezogen werden |
| 657 | Krankenkassen sollten sich finanziell gegen Unterversorgung einsetzen |
| 658 | Krankenkassen sollten bei anhaltender Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben können |
| 659 | Vertreter der Krankenkassen sollten sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 660 | Die Krankenkassen unternehmen zu wenig gegen Unterversorgung |
| 661 | Krankenkassen engagieren sich gegen Unterversorgung |
| 662 | Der Sicherstellungsauftrag sollte bei den Krankenkassen liegen |
| 663 | Der Sicherstellungsauftrag sollte bei anhaltender Unterversorgung an die Krankenkassen fallen |
| 664 | Krankenkassen denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| 665 | Krankenkassen denken, dass es zu viele Ärzte gibt |
| 666 | Krankenkassen sind gegen Zuwachs an Ärzten |
| 667 | Krankenkassen wollen Überversorgung vermeiden |
| 668 | Vertreter der Krankenkassen sollten an Bedarfsplanung beteiligt sein |
| 669 | Vertreter der Krankenkassen sollten nicht an Bedarfsplanung beteiligt sein |
| 670 | Krankenkassen sollten sich gegen Überversorgung engagieren |
| 671 | Vertreter der Krankenkassen sollten Einfluss auf die Zahl der Ärzte haben |
| 672 | Die Vertreter der Krankenkassen tragen Schuld an der Entstehung von Unterversorgung |
| 673 | Krankenhäuser sollten nicht in den allgemeinen Versorgungsgrad eingerechnet werden |
| 674 | Krankenhäuser sollten nur bedingt in die Versorgung einbezogen werden |
| 675 | Krankenhäuser sollten bei Unterversorgung ambulant tätig werden |
| 676 | Krankenhäuser sollten generell ambulant tätig werden können |
| 677 | Krankenhäuser sollten in die ambulante Versorgung einbezogen werden |
| 678 | Krankenhäuser sollten nicht in die ambulante Bedarfsplanung einbezogen werden |
| 679 | Krankenhäuser sollten nicht für die ambulante Versorgung geöffnet werden |
| 680 | Krankenhäuser sollten bei Unterversorgung Eigeneinrichtungen betreiben können |
| 681 | Krankenhäuser versorgen zahlreiche Menschen ambulant |
| 682 | „Normale“ Krankenhäuser sollten Unikliniken bei der Ausbildung von Ärzten ergänzen |
| 683 | Vertreter der Krankenhäuser engagieren sich gegen Unterversorgung |
| 684 | Vertreter der Krankenhäuser sollten in Bedarfsplanung einbezogen werden |
| 685 | Wissenschaftler denken, dass es einen Ärztemangel geben könnte |
| 686 | Wissenschaftler denken nicht, dass es einen Ärztemangel geben könnte |
| 687 | Wissenschaftler wollen Zahl der Ärzte begrenzen |
| 688 | Die Attraktivität eines ärztlichen Teilgebiets wird auch durch seine Bedeutung für das Staatsexamen gesteuert |
| 689 | Die Pflege sollte in die Bedarfsplanung integriert werden |
| 690 | Nichtärztliches Personal sollte in die Bedarfsplanung integriert werden |
| 691 | Es sollte neue Qualifikationen zur Delegation ärztlicher Leistungen geben |
| 692 | Unterversorgung sollte mit Hilfe nichtärztlicher Berufe bekämpft werden |
| 693 | Die Politik sollte sich gegen Unterversorgung engagieren |

| | |
|-----|---|
| 694 | Die Politik unternimmt zu wenig gegen Ärztemangel |
| 695 | Die Politik unternimmt zu wenig gegen drohende Überversorgung |
| 696 | Politiker engagieren sich gegen Unterversorgung |
| 697 | Politiker sollten sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 698 | Die Politik engagiert sich gegen Überversorgung |
| 699 | Die Verwaltung sollte sich gegen Unterversorgung engagieren |
| 700 | Die Verwaltung engagiert sich gegen Unterversorgung |
| 701 | Es sollte regionale Ausschüsse für die Bedarfsplanung geben |
| 702 | Die Patientenvertreter sollten stärker an der Bedarfsplanung beteiligt werden |
| 703 | Arbeitgeber denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| 704 | Gewerkschaften denken, dass es zu viele Ärzte geben könnte |
| 705 | Politiker sollten sich gegen wachsende Arztzahlen einsetzen |
| 706 | Politiker haben das Problem des Ärztemangels erkannt |
| 707 | Der GBA sollte eine Makrosteuerung der Arztzahlen vornehmen dürfen |
| 708 | Der GBA sollte Makro-Vorgaben zu Versorgungsmengen und -kennzahlen erarbeiten |

8 Literaturverzeichnis

8.1 Akten und Drucksachen

BT-Drucks. 10/1755 (1984): Drucksache des Deutschen Bundestages 10/1755 vom 18.07.1984. Gesetzentwurf der Abgeordneten Jaunich, Frau Fuchs (Köln), Egert, Lutz, Glombig, Hauck, Kirschner, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD.

BT-Drucks. 10/1963 (1984): Drucksache des Deutschen Bundestages 10/1963 vom 13.09.1984. Gesetzentwurf der Bundesregierung.

BT-Drucks. 10/5630 (1986): Drucksache des Deutschen Bundestages 10/5630 vom 09.06.1986. Gesetzentwurf der Bundesregierung.

BT-Drucks. 11/2237 (1988): Drucksache des Deutschen Bundestages 11/2237 vom 03.05.1988. Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG).

BT-Drucks. 12/3608 (1992): Drucksache des Deutschen Bundestages 12/3608 vom 05.11.1992. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz).

BT-Drucks. 12/3930 (1992): Drucksache des Deutschen Bundestages 12/3930 vom 07.12.1992. Beschlußempfehlung*) des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß).

BT-Drucks. 15/1525 (2003): Drucksache des Deutschen Bundestages 15/1525 vom 08.09.2003. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

BT-Drucks. 16/2474 (2006): Drucksache des Deutschen Bundestages 16/2474 vom 30.08.2006. Gesetzentwurf der Bundesregierung.

BT-Drucks. 17/8005 (2011): Drucksache des Deutschen Bundestages 17/8005 vom 30.11.2011. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss).

BT-Drucks. 7/3336 (1975): Drucksache des Deutschen Bundestages 7/3336 vom 07.03.1975. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVVWG).

Bundesärztekammer (1994): Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Beschluss des 97. Deutschen Ärztetages vom 11. bis 14. Mai 1994 in Köln. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1999): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte).

Bundesgesetzblatt Teil I (1976): Nr. 151 v. 30.12.1976. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (1988): Nr. 62 v. 29.12.1988. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (1992): Nr. 59 v. 29.12.1992. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (1997): Nr. 42 v. 30.06.1997. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (1998): Nr. 36 v. 23.06.1998. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (2007): Nr. 11 v. 30.03.2007. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (2008): Nr. 58 v. 17.12.2008. Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I (2011): Nr. 70 v. 22.12.2011. Bonn.

Bundesverfassungsgericht, Aktenzeichen 1 BvR 216/51.

CDU; CSU; FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Berlin.

Deutscher Bundestag (1976): Stenographischer Bericht. 253. Sitzung. Bonn, Donnerstag, den 24. Juni 1976.

Deutscher Bundestag (1985): Stenographischer Bericht. 130. Sitzung. Bonn, Freitag, den 29. März 1985.

Deutscher Bundestag (1992a): Stenographischer Bericht. 105. Sitzung. Plenarprotokoll 12/105.

Deutscher Bundestag (1992b): Stenographischer Bericht. 117. Sitzung. Plenarprotokoll 12/117.

Deutscher Bundestag (1992c): Stenographischer Bericht. 127. Sitzung. Plenarprotokoll 12/127.

Deutscher Bundestag (2011a): Stenografischer Bericht. 128. Sitzung. Plenarprotokoll 17/128.

Deutscher Bundestag (2011b): Stenografischer Bericht. 146. Sitzung. Plenarprotokoll 17/146.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Einführung eines Demografiefaktors. Vom 15. Juli 2010. s.l.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. BPL-RL, vom 20.12.2012.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. BPL-RL, vom 06.09.2012.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012c): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Außerkraftsetzen des § 8a der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Außerkraftsetzen des Demografiefaktors. s.l.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (s.a.): Gesundheitsdaten. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, zuletzt geprüft am 08.09.2019.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009. Zahlen, Fakten, Informationen. s.l.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011. Zahlen, Fakten, Informationen. s.l.

OECD (s.a.): OECD.Stat. Online verfügbar unter <https://stats.oecd.org/>, zuletzt geprüft am 12.10.2019.

Rodewald, Berthold (1949): Recht - Pflicht - Verantwortung. Eine Rede über das Nachwuchsproblem. In: *Bayerisches Ärzteblatt* 4 (4), S. 75–79.

Statistisches Bundesamt (s.a.): GENESIS-Online Datenbank. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>, zuletzt geprüft am 12.10.2019.

Statistisches Bundesamt (1998): Bedarfsplanung. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2207&suchstring=Bedarfsplanung&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=2887397&hlp_nr=3&p_janein=J, zuletzt geprüft am 12.10.2019.

Statistisches Bundesamt (2013a): Gesundheit. Ausgaben. Fachserie 12 Reihe 7.1.2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013b): Gesundheit. Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.2. Wiesbaden.

Wekel, Wolfgang (1985): Durchbruch bei den Verhandlungen mit den Ärzten. Preis und Menge künftig im Einklang mit der Grundlohnsumme. In: *Die Ortskrankenkasse* 67 (17/18), S. 645–648.

8.2 Literatur

Alemann, Ulrich von; Tönnemann, Wolfgang (1995): Grundriß: Methoden in der Politikwissenschaft. In: Ulrich von Alemann (Hg.): *Politikwissenschaftliche Methoden. Grundriß für Studium und Forschung*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; Springer Fachmedien GmbH, S. 17–140.

Amelung, Volker Eric; Mühlbacher, Axel; Krauth, Christian; Krieger, Winfried (s.a.): Bedarfsplanung. Online verfügbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/bedarfsplanung-27084>, zuletzt geprüft am 11.12.2019.

Axelrod, Robert M. (Hg.) (1976): *Structure of decision. The Cognitive Maps of Political Elites*. University of California, Berkeley; University of Michigan. Princeton, New Jersey: Princeton University Press (Princeton Legacy Library).

Bandelow, Nils C. (1998): *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen*. Opladen: Leske + Budrich (Analysen).

Bandelow, Nils C. (1999): *Lernende Politik. Advocacy-Koalitionen und politischer Wandel am Beispiel der Gentechnologiepolitik*. Zugl.: Bochum, Univ., Diss., 1998. Berlin: Ed. Sigma.

Bandelow, Nils C. (2003): *Lerntheoretische Ansätze in der Policy-Forschung*. In: Matthias Leonhard Maier, Frank Nullmeier, Tanja Pritzlaff und Achim Wiesner (Hg.): *Politik als Lernprozess. Wissenszentrierte Ansätze der Politikanalyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 98–121.

Bandelow, Nils C. (2006): *Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden*. In: Manfred G. Schmidt und Reimut Zohlnhöfer (Hg.): *Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Innen- und Außenpolitik seit 1949*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 159–176.

Bandelow, Nils C. (2009): *Politisches Lernen: Begriffe und Ansätze im Vergleich*. In: Klaus Schubert und Nils C. Bandelow (Hg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0*. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Politikwissenschaft), S. 313–347.

- Bandelow, Nils C. (2015): Advocacy Coalition Framework. In: Georg Wenzelburger und Reimut Zohlnhöfer (Hg.): Handbuch Policy-Forschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 305–324.
- Bandelow, Nils C.; Schade, Mathieu (2008): Die Gesundheitsreform der Großen Koalition: Strategische Erfolge im Schatten des Scheiterns. In: Thomas Fischer (Hg.): Politische Reformprozesse in der Analyse. Untersuchungssystematik und Fallbeispiele. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung, S. 85–144.
- Barnett, Carole K.; Pratt, Michael G. (2000): From threat-rigidity to flexibility - Toward a learning model of autogenic crisis in organizations. In: *Journal of OrgChange Mgmt* 13 (1), S. 74–88.
- Baumgartner, Frank R.; Jones, Bryan D.; Mortensen, Peter B. (2014): Punctuated Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in Public Policymaking. In: Paul A. Sabatier und Christopher M. Weible (Hg.): Theories of the Policy Process. New York: Westview Press, S. 59–103.
- Bennett, Colin J.; Howlett, Michael (1992): The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. In: *Policy Sciences* 25 (3), S. 275–294.
- Benz, Arthur (1997): Policies als erklärende Variable in der politischen Theorie. In: Arthur Benz und Wolfgang Seibel (Hg.): Theorieentwicklung in der Politikwissenschaft. Eine Zwischenbilanz. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges, S. 303–322.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1966): The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge. Repr. New York: Anchor Books.
- Birkland, Thomas A. (1997): After disaster. Agenda Setting, Public Policy, and Focusing Events. Washington, DC: Georgetown University Press (American governance and public policy).
- Boin, Arjen; Hart, Paul 't (2003): Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible? In: *Public Administration Review* 63 (5), S. 544–553.
- Boswell, Christina (2008): The political functions of expert knowledge: knowledge and legitimation in European Union immigration policy. In: *Journal of European Public Policy* 15 (4), S. 471–488.
- Bronner, Dorothea (2009): Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Gesundheitsreform 2007: Auch künftig Organ der Selbstverwaltung. In: Wolfgang Schroeder und Robert Paquet (Hg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 211–221.
- Bundeszentrale für politische Bildung (s.a.): Einvernehmen. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22078/einvernehmen>, zuletzt geprüft am 11.12.2019.
- Busenberg, George J. (2001): Learning in Organizations and Public Policy. In: *J. Pub. Pol.* 21 (2), S. 173–189.
- Chock, Phyllis Pease (1995): Ambiguity in policy discourse: Congressional talk about immigration. In: *Policy Sciences* 28 (2), S. 165–184.
- Cobb, Roger W. (1973): The Belief-Systems Perspective: An Assessment of a Framework. In: *The Journal of Politics* 35 (1), S. 121–153.
- Cohen, Michael D.; March, James G.; Olsen, Johan P. (1972): A Garbage Can Model of Organizational Choice. In: *Administrative Science Quarterly* 17 (1), S. 1–25.
- Converse, Philip E. (1964): The Nature of Belief Systems in Mass Publics. In: David E. Apter (Hg.): Ideology and discontent. New York, NY: Free Press, S. 206–261.

- Cramer, Udo H.; Maier, Bernd (2002): Praxisübergabe und Praxiswert (I). In: *MedR Medizinrecht* 20 (11), S. 549–560.
- Dearborn, DeWitt C.; Simon, Herbert A. (1958): Selective Perception: A Note on the Departmental Identifications of Executives. In: *Sociometry* 21 (2), S. 140–144.
- Dudley, Geoffrey (2007): Individuals and the Dynamics of Policy Learning: The Case of the third Battle of Newbury. In: *Public Administration* 85 (2), S. 405–428.
- Dunlop, Claire A.; Radaelli, Claudio M. (2013): Systematising Policy Learning: From Monolith to Dimensions. In: *Political Studies* 61 (3), S. 599–619.
- Dunlop, Claire A.; Radaelli, Claudio M. (2018): Does Policy Learning Meet the Standards of an Analytical Framework of the Policy Process? In: *Policy Studies Journal* 46 (Supplement 1), 48–68.
- Eberg, Jan (1997): Waste policy and learning. Policy dynamics of waste management and waste incineration in the Netherlands and Bavaria. Zugl.: Amsterdam, Univ., Acad. Proefschr., 1997. Delft: Eburon.
- Eichhorn, Wolfgang (1996): Agenda-Setting-Prozesse. Eine theoretische Analyse individueller und gesellschaftlicher Themenstrukturierung. Zugl.: Hannover, Hochsch. für Musik und Theater, Diss., 1995. München: Fischer (Kommunikationswissenschaftliche Studien, 16).
- Elliott, Chris; Schlaepfer, Rodolphe (2001): The advocacy coalition framework: application to the policy process for the development of forest certification in Sweden. In: *Journal of European Public Policy* 8 (4), S. 642–661.
- Ellis, Shmuel; Caridi, Odellia; Lipshitz, Raanan; Popper, Micha (1999): Perceived error criticality and organizational learning: an empirical investigation. In: *Knowl. Process Mgmt.* 6 (3), S. 166–175.
- Feindt, Peter H. (2010): Policy-Learning and Environmental Policy Integration in the Common Agricultural Policy, 1973–2003. In: *Public Administration* 88 (2), S. 296–314.
- Fenger, Menno; Klok, Pieter-Jan (2001): Interdependency, beliefs, and coalition behavior: A contribution to the advocacy coalition framework. In: *Policy Sciences* 34 (2), S. 157–170.
- Fishbein, Martin; Ajzen, Icek (1975): Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. Reading, Mass.: Addison-Wesley (Addison-Wesley series in social psychology).
- Fishbein, Martin; Ajzen, Icek (2010): Predicting and changing behavior. The reasoned action approach. New York, NY, Hove: Psychology Press.
- Freudenburg, William R.; Gramling, Robert (2002): How Crude: Advocacy Coalitions, Offshore Oil, and the Self-Negating Belief. In: *Policy Sciences* 35 (1), S. 17–41.
- Ganghof, Steffen (2005): Kausale Perspektiven in der vergleichenden Politikwissenschaft. X-zentrierte und Y-zentrierte Forschungsdesigns. In: Sabine Kropp und Michael Minkenberg (Hg.): *Vergleichen in der Politikwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 76–93.
- George, Alexander L. (1969): The "Operational Code": A Neglected Approach to the Study of Political Leaders and Decision-Making. In: *Int Studies Q* 13 (2), S. 190–222.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (s.a.): Morbidität. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2251, zuletzt geprüft am 11.12.2019.
- Gieve, John; Provost, Colin (2012): Ideas and Coordination in Policymaking: The Financial Crisis of 2007–2009. In: *Governance* 25 (1), S. 61–77.

- Goldstein, Judith S.; Keohane, Robert Owen (1993): Ideas and Foreign Policy: An Analytical Framework. In: Judith S. Goldstein und Robert Owen Keohane (Hg.): Ideas and foreign policy. Beliefs, institutions, and political change. Ithaca: Cornell University Press (Cornell studies in political economy), S. 3–30.
- Hall, Peter A. (Hg.) (1989): The political power of economic ideas. Keynesianism across nations. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press (Princeton paperbacks).
- Hall, Peter A. (1993): Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. In: *Comparative Politics* 25 (3), S. 275–296.
- Hänlein, Andreas; Kruse, Jürgen; Schuler, Rolf (2012): Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Nomos-Kommentar).
- Hassenteufel, Patrick; Schwyer, François-Xavier; Gerlinger, Thomas; Henkel, Rüdiger; Lückenbach, Caspar; Reiter, Renate (2019): The role of professional groups in policy change: Physician's organizations and the issue of local medical provision shortages in France and Germany. In: *Eur Policy Anal* 5 (1), S. 3.
- Heclo, Hugh (1974): Modern social politics in Britain and Sweden. From relief to income maintenance. New Haven: Yale Univ. Pr (Yale studies in political science, 25).
- Heikkila, Tanya; Gerlak, Andrea K. (2013): Building a Conceptual Approach to Collective Learning: Lessons for Public Policy Scholars. In: *Policy Studies Journal* 41 (3), S. 484–512.
- Heikkila, Tanya; Pierce, Jonathan J.; Gallaher, Samuel; Kagan, Jennifer; Crow, Desera A.; Weible, Christopher M. (2014): Understanding a Period of Policy Change: The Case of Hydraulic Fracturing Disclosure Policy in Colorado. In: *Review of Policy Research* 31 (2), S. 65–87.
- Heinelt, Hubert (2007): Do Policies Determine Politics? In: Frank Fischer, Gerald J. Miller und Mara S. Sidney (Hg.): Handbook of public policy analysis. Theory, politics, and methods. Boca Raton, FL: CRC Press (Public administration and public policy, 125), S. 109–119.
- Henry, Adam Douglas; Lubell, Mark; McCoy, Michael (2011): Belief Systems and Social Capital as Drivers of Policy Network Structure: The Case of California Regional Planning. In: *J Public Adm Res Theory* 21 (3), S. 419–444.
- Hoberg, George (1996): Putting Ideas in Their Place: A Response to “Learning and Change in the British Columbia Forest Policy Sector”. In: *Can J Pol Sci* 29 (1), S. 135–144.
- Holsti, Ole R. (1976): Cognitive Process Approaches to Decision-Making. In: *American Behavioral Scientist* 20 (1), S. 11–32.
- Hornung, Johanna; Bandelow, Nils C. (2018): The programmatic elite in German health policy: Collective action and sectoral history. In: *Public Policy and Administration* 23 (4), 095207671879888.
- Hornung, Johanna; Bandelow, Nils C.; Vogeler, Colette S. (2019): Social identities in the policy process. In: *Policy Sci* 52 (2), S. 211–231.
- Immergut, Ellen M. (1990): Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. In: *J. Pub. Pol.* 10 (4), S. 391–416.
- Ingold, Karin (2011): Network Structures within Policy Processes: Coalitions, Power, and Brokerage in Swiss Climate Policy. In: *Policy Studies Journal* 39 (3), S. 435–459.
- Ingold, Karin; Varone, Frédéric (2012): Treating Policy Brokers Seriously: Evidence from the Climate Policy. In: *J Public Adm Res Theory* 22 (2), S. 319–346.

- Jenkins-Smith, Hank C. (1988): Analytical Debates and Policy Learning: Analysis and Change in the Federal Bureaucracy. In: *Policy Sciences* 21 (2-3), S. 169–211.
- Jenkins-Smith, Hank C.; Nohrstedt, Daniel; Weible, Christopher M.; Sabatier, Paul A. (2014): The Advocacy Coalition Framework. Foundations, Evolution, and Ongoing Research. In: Paul A. Sabatier und Christopher M. Weible (Hg.): *Theories of the Policy Process*. New York: Westview Press, S. 183–223.
- Jenkins-Smith, Hank C.; Sabatier, Paul A. (1993a): Methodological Appendix: Measuring Longitudinal Change in Elite Beliefs Using Content Analysis of Public Documents. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 237–256.
- Jenkins-Smith, Hank C.; Sabatier, Paul A. (1993b): The Dynamics of Policy-Oriented Learning. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 41–56.
- Jenkins-Smith, Hank C.; Sabatier, Paul A. (1993c): The Study of Public Policy Processes. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 1–9.
- Jenkins-Smith, Hank C.; Sabatier, Paul A. (1994): Evaluating the Advocacy Coalition Framework. In: *J. Pub. Pol.* 14 (2), S. 175–203.
- Jenkins-Smith, Hank C.; St. Clair, Gilbert K. (1993): The Politics of Offshore Energy: Empirically Testing the Advocacy Coalition Framework. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 149–175.
- Jenkins-Smith, Hank C.; St. Clair, Gilbert K.; Woods, Brian (1991): Explaining Change in Policy Subsystems: Analysis of Coalition Stability and Defection over Time. In: *American Journal of Political Science* 35 (4), S. 851–880.
- Jones, Bryan D.; Baumgartner, Frank R. (2005a): A Model of Choice for Public Policy. In: *Journal of Public Administration Research and Theory* 15 (3), S. 325–351.
- Jones, Bryan D.; Baumgartner, Frank R. (2005b): *The politics of attention. How government prioritizes problems*. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press.
- Jones, Michael D.; Jenkins-Smith, Hank C. (2009): Trans-Subsystem Dynamics: Policy Topography, Mass Opinion, and Policy Change. In: *Policy Studies Journal* 37 (1), S. 37–58.
- Kahneman, Daniel; Tversky, Amos (1984): Choices, values, and frames. In: *American Psychologist* 39 (4), S. 341–350.
- Kaiser, Robert (2014): Experteninterviews. In: Klaus Schubert und Nils C. Bandelow (Hg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München: De Gruyter Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Politikwissenschaft), S. 289–310.
- Keck, Margaret E.; Sikkink, Kathryn (2018): Transnational advocacy networks in international and regional politics*. In: *International Social Science Journal* 68 (227-228), S. 65–76.
- King, Gary; Keohane, Robert Owen; Verba, Sidney (1994): *Designing social inquiry. Scientific inference in qualitative research*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kingdon, John W. (1984): *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little Brown and Co.

- Klose, Joachim; Rehbein, Isabel (2011): *Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO).
- Klose, Joachim; Uhlemann, Thomas (2006): Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. In: *G+G Wissenschaft* 6 (3), S. 7–17.
- Klose, Joachim; Uhlemann, Thomas; Gutschmidt, Swen (2003): *Ärztemangel - Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Kopetsch, Thomas (2001): *Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung*. Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kopetsch, Thomas (2010a): *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung*. 5. aktualisierte und komplett überarb. Aufl. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kopetsch, Thomas (2010b): *Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen*. In: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg und Oliver Tiemann (Hg.): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer, S. 308–319.
- Krause, George A. (1997): Policy Preference Formation and Subsystem Behaviour: The Case of Commercial Bank Regulation. In: *British Journal of Political Science* 27 (4), S. 525–550.
- Kübler, Daniel (1999): Ideas as Catalytic Elements for Policy Change: Advocacy Coalitions and Drug Policy in Switzerland. In: Dietmar Braun und Andreas Busch (Hg.): *Public policy and political ideas*. Cheltenham: Elgar, S. 116–135.
- Kuhn, Thomas Samuel (1970): *The Structure of scientific revolutions*. 2nd ed., enlarged. Chicago, Ill.: Chicago Univ. Press (International encyclopedia of unified science Foundations of the unity of science, ; No. 2).
- Laitin, David D. (1988): Language Games. In: *Comparative Politics* 20 (3), S. 289–302.
- Lakatos, Imre (1971): History of Science and its Rational Reconstructions. In: Roger C. Buck und Robert S. Cohen (Hg.): *PSA 1970. In Memory of Rudolf Carnap Proceedings of the 1970 Biennial Meeting Philosophy of Science Association*, Bd. 8. Dordrecht: Springer (Boston Studies in the Philosophy of Science, 8), S. 91–136.
- Larsen, Jakob Bjerg; Vrangbaek, Karsten; Traulsen, Janine M. (2006): Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark--solid cores with fuzzy edges. In: *Social science & medicine (1982)* 63 (1), S. 212–224.
- Leifeld, Philip (2013): Reconceptualizing Major Policy Change in the Advocacy Coalition Framework: A Discourse Network Analysis of German Pension Politics. In: *Policy Studies Journal* 41 (1), S. 169–198.
- Lertzman, Ken; Rayner, Jeremy; Wilson, Jeremy (1996): Learning and Change in the British Columbia Forest Policy Sector: A Consideration of Sabatier's Advocacy Coalition Framework. In: *Can J Pol Sci* 29 (1), S. 111–133.
- Levitt, Barbara; March, James G. (1988): Organizational Learning. In: *Annu. Rev. Sociol.* 14 (1), S. 319–338.
- Lijphart, Arend (1999): *Patterns of democracy. Government forms and performance in thirty-six countries*. New Haven, Conn.: Yale Univ. Press.
- Lindenberg, Siegwart; Frey, Bruno S. (1993): Alternatives, Frames, and Relative Prices: A Broader View of Rational Choice Theory. In: *Acta Sociologica* 36 (3), S. 191–205.

- Lipshitz, Raanan; Popper, Micha; Friedman, Victor J. (2002): A Multifacet Model of Organizational Learning. In: *The Journal of Applied Behavioral Science* 38 (1), S. 78–98.
- Lubell, Mark (2003): Collaborative Institutions, Belief-Systems, and Perceived Policy Effectiveness. In: *Political Research Quarterly* 56 (3), S. 309–323.
- Lulofs, Kristiaan R.D.; Hoppe, Robertus (2010): ACF and policy change on both sides of the Atlantic: Towards a more diversity-oriented and comparative policy subsystem approach. Twente, 2010.
- Matti, Simon; Sandström, Annica (2011): The Rationale Determining Advocacy Coalitions: Examining Coordination Networks and Corresponding Beliefs. In: *Policy Studies Journal* 39 (3), S. 385–410.
- Mawhinney, Hanne B. (1993): An Advocacy Coalition Approach to Change in Canadian Education. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 59–82.
- May, Peter J. (1992): Policy Learning and Failure. In: *J. Pub. Pol.* 12 (4), S. 331–354.
- Meijerink, Sander (2010): Understanding across-coalition learning. Interdependency and learning across three advocacy coalitions in the Western Scheldt policy subsystem 1990-2010. Davis, 2010.
- Meseguer, Covadonga (2005): Policy Learning, Policy Diffusion, and the Making of a New Order. In: *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 598 (1), S. 67–82.
- Mintrom, Michael; Norman, Phillipa (2009): Policy Entrepreneurship and Policy Change. In: *Policy Studies Journal* 37 (4), S. 649–667.
- Munro, John F. (1993): California Water Politics: Explaining Policy Change in a Cognitively Polarized Subsystem. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 105–127.
- Nadler, Janice; Thompson, Leigh; van Boven, Leaf (2003): Learning Negotiation Skills: Four Models of Knowledge Creation and Transfer. In: *Management Science* 49 (4), S. 529–540.
- Nahapiet, Janine; Ghoshal, Sumantra (1998): Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. In: *The Academy of Management Review* 23 (2), S. 242–266.
- Nielsen, Bo Bernhard; Nielsen, Sabina (2009): Learning and Innovation in International Strategic Alliances: An Empirical Test of the Role of Trust and Tacitness. In: *Journal of Management Studies* 46 (6), S. 1031–1056.
- Nohrstedt, Daniel (2005): External shocks and policy change: Three Mile Island and Swedish nuclear energy policy. In: *Journal of European Public Policy* 12 (6), S. 1041–1059.
- Nohrstedt, Daniel (2008): The Politics of Crisis Policymaking: Chernobyl and Swedish Nuclear Energy Policy. In: *Policy Studies Journal* 36 (2), S. 257–278.
- Nohrstedt, Daniel (2010): Do Advocacy Coalitions Matter? Crisis and Change in Swedish Nuclear Energy Policy. In: *Policy Studies Journal* 20 (2), S. 309–333.
- Nohrstedt, Daniel; Weible, Christopher M. (2010): The Logic of Policy Change after Crisis: Proximity and Subsystem Interaction. In: *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy* 1 (2), S. 1–32.
- Nöthen, Manuela (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: *Wirtschaft und Statistik* 2011 (7), S. 665–675.
- Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe

Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Nullmeier, Frank (1997): Interpretative Ansätze in der Politikwissenschaft. In: Arthur Benz und Wolfgang Seibel (Hg.): Theorieentwicklung in der Politikwissenschaft. Eine Zwischenbilanz. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges, S. 101–144.

Ostrom, Elinor (1999): Institutional Rational Choice: An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: Paul A. Sabatier (Hg.): Theories of the policy process. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 21–64.

Paquet, Robert; Schroeder, Wolfgang (2009): Gesundheitsreform 2007 - Akteure, Interessen und Prozesse. In: Wolfgang Schroeder und Robert Paquet (Hg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 11–29.

Peffley, Mark A.; Hurwitz, Jon (1985): A Hierarchical Model of Attitude Constraint. In: *American Journal of Political Science* 29 (4), S. 871–890.

Pierce, Jonathan J. (2011): Coalition Stability and Belief Change: Advocacy Coalitions in U.S. Foreign Policy and the Creation of Israel, 1922–44. In: *Policy Studies Journal* 39 (3), S. 411–434.

Potthoff, Peter; Schneider, Markus (2002): Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Endbericht Juli 2002. München, Augsburg: NFO Infratest Gesundheitsforschung, BASYS.

Putnam, Robert D. (1976): The comparative study of political elites. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall (Prentice-Hall contemporary comparative politics series).

Quattrone, George A.; Tversky, Amos (1988): Contrasting Rational and Psychological Analyses of Political Choice. In: *Am Polit Sci Rev* 82 (3), S. 719–736.

Radaelli, Claudio M. (1995): Corporate Direct Taxation in the European Union: Explaining the Policy Process. In: *J. Pub. Pol.* 15 (2), S. 153–181.

Radaelli, Claudio M. (2009): Measuring policy learning: regulatory impact assessment in Europe. In: *Journal of European Public Policy* 16 (8), S. 1145–1164.

Rerup, Claus (2009): Attentional Triangulation: Learning from Unexpected Rare Crises. In: *Organization Science* 20 (5), S. 876–893.

Rose, Richard (1991): What is Lesson-Drawing? In: *J. Pub. Pol.* 11 (1), S. 3–30.

Rürup, Bert; IGES Institut GmbH; DIW Berlin e.V.; DIW econ GmbH; Wille, Eberhard (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut GmbH.

Sabatier, Paul A. (1988): An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy-Oriented Learning Therein. In: *Policy Sciences* 21 (2/3), S. 129–168.

Sabatier, Paul A. (1993): Policy Change over a Decade or More. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): Policy change and learning: An advocacy coalition approach. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 13–39.

Sabatier, Paul A. (1998): The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. In: *Journal of European Public Policy* 5 (1), S. 98–130.

- Sabatier, Paul A.; Brasher, Anne M. (1993): From Vague Consensus to Clearly Differentiated Coalitions: Environmental Policy at Lake Tahoe. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): Policy change and learning: An advocacy coalition approach. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 177–208.
- Sabatier, Paul A.; Hunter, Susan (1989): The Incorporation of Causal Perceptions into Models of Elite Belief Systems. In: *Political Research Quarterly* 42 (3), S. 229–261.
- Sabatier, Paul A.; Hunter, Susan; McLaughlin, Susan M. (1987): The Devil Shift: Perceptions and Misperceptions of Opponents. In: *Political Research Quarterly* 40 (3), S. 449–476.
- Sabatier, Paul A.; Jenkins-Smith, Hank C. (1993): The Advocacy Coalition Framework: Assessment, Revisions, and Implications for Scholars and Practitioners. In: Paul A. Sabatier und Hank C. Jenkins-Smith (Hg.): Policy change and learning: An advocacy coalition approach. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 211–235.
- Sabatier, Paul A.; Jenkins-Smith, Hank C. (1999): The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In: Paul A. Sabatier (Hg.): Theories of the policy process. Boulder, Colo.: Westview Press (Theoretical lenses on public policy), S. 117–166.
- Sabatier, Paul A.; Loomis, John; McCarthy, Catherine (1995): Hierarchical Controls, Professional Norms, Local Constituencies, and Budget Maximization: An Analysis of U.S. Forest Service Planning Decisions. In: *American Journal of Political Science* 39 (1), S. 204–242.
- Sabatier, Paul A.; Weible, Christopher M. (2007): The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. In: Paul A. Sabatier (Hg.): Theories of the policy process. Boulder, Colo.: Westview Press, S. 189–220.
- Sartori, Giovanni (1970): Concept Misformation in Comparative Politics. In: *Am Polit Sci Rev* 64 (4), S. 1033–1053.
- Scharpf, Fritz W. (2006): Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Unveränd. Nachdr. der 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Schlager, Edella (1995): Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework. In: *Policy Sciences* 28 (3), S. 243–270.
- Schlager, Edella; Blomquist, William (1996): A Comparison of Three Emerging Theories of the Policy Process. In: *Political Research Quarterly* 49 (3), S. 651–672.
- Sell, Susan K.; Prakash, Aseem (2004): Using Ideas Strategically: The Contest Between Business and NGO Networks in Intellectual Property Rights. In: *Int Studies Q* 48 (1), S. 143–175.
- Shanahan, Elizabeth A.; Jones, Michael D.; McBeth, Mark K. (2011): Policy Narratives and Policy Processes. In: *Policy Studies Journal* 39 (3), S. 535–561.
- Simon, Herbert A. (1962): The Architecture of Complexity. In: *Proceedings of the American Philosophical Society* 106 (6), S. 467–482.
- Swaffield, Simon (1998): Contextual Meanings in Policy Discourse: A Case Study of Language Use concerning Resource Policy in the New Zealand High Country. In: *Policy Sciences* 31 (3), S. 199–224.
- Tsebelis, George (1995): Decision Making in Political Systems. Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism. In: *British Journal of Political Science* 25 (3), S. 289–325.
- Tversky, Amos; Kahneman, Daniel (1986): Rational Choice and the Framing of Decisions. In: *The Journal of Business* 59 (4, Part 2), S. 251–278.

- Walker, Stephen G. (1977): The Interface Between Beliefs and Behavior: Henry Kissinger's Operational Code and the Vietnam War. In: *Journal of Conflict Resolution* 21 (1), S. 129–168.
- Weible, Christopher M. (2005): Beliefs and Perceived Influence in a Natural Resource Conflict: An Advocacy Coalition Approach to Policy Networks. In: *Political Research Quarterly* 58 (3), S. 461–475.
- Weible, Christopher M. (2007): An Advocacy Coalition Framework Approach to Stakeholder Analysis: Understanding the Political Context of California Marine Protected Area Policy. In: *Journal of Public Administration Research and Theory* 17 (1), S. 95–117.
- Weible, Christopher M. (2008): Expert-Based Information and Policy Subsystems: A Review and Synthesis. In: *Policy Studies Journal* 36 (4), S. 615–635.
- Weible, Christopher M.; Pattison, Andrew; Sabatier, Paul A. (2010): Harnessing expert-based information for learning and the sustainable management of complex socio-ecological systems. In: *Environmental Science & Policy* 13 (6), S. 522–534.
- Weible, Christopher M.; Sabatier, Paul A. (2007): A Guide to the Advocacy Coalition Framework. In: Frank Fischer, Gerald J. Miller und Mara S. Sidney (Hg.): *Handbook of public policy analysis. Theory, politics, and methods*. Boca Raton, FL: CRC Press (Public administration and public policy, 125), S. 123–136.
- Weible, Christopher M.; Sabatier, Paul A. (2009): Coalitions, Science, and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems. In: *Policy Studies Journal* 37 (2), S. 195–212.
- Weible, Christopher M.; Sabatier, Paul A.; McQueen, Kelly (2009): Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework. In: *Policy Studies Journal* 37 (1), S. 121–140.
- Weiss, Carol H (1977): Research for Policy's Sake: The Enlightenment Function of Social Science Research. In: *Policy Analysis* 3 (4), S. 531–545.
- Weyland, Kurt (2005): Theories of Policy Diffusion Lessons from Latin American Pension Reform. In: *World Pol.* 57 (2), S. 262–295.
- Zafonte, Matthew; Sabatier, Paul A. (1998): Shared Beliefs and Imposed Interdependencies as Determinants of Ally Networks in Overlapping Subsystems. In: *Journal of Theoretical Politics* 10 (4), S. 473–505.
- Zahariadis, Nikolaos (2007): The Multiple Streams Framework. Structure, Limitations, Prospects. In: Paul A. Sabatier (Hg.): *Theories of the policy process*. Boulder, Colo: Westview Press, S. 65–92.
- Zahariadis, Nikolaos (2014): Ambiguity and Multiple Streams. In: Paul A. Sabatier und Christopher M. Weible (Hg.): *Theories of the Policy Process*. New York: Westview Press, S. 25–58.